UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 52

# ÉTUDE STATISTIQUE

# SUR LES GROS ENFANTS

## OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX 1924-1933

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Décembre 1934

PAR

**Jean-Joseph-Louis ALÉONARD**

Elève du Service de Santé de la Marine.

Né le 16 Janvier 1910, à Bonnat (Creuse).

**Examinateurs de la Thèse**

MM. ANDÉRODIAS, professeur ..... *Président.*

PERY, professeur ..... } *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... } *Juges*

FAUGÈRE, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0106

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 52

# ÉTUDE STATISTIQUE

# SUR LES GROS ENFANTS

## OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX 1924-1933

---

## Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 12 Décembre 1934

PAR

**Jean-Joseph-Louis ALÉONARD**

Elève du Service de Santé de la Marine.
Né le 16 Janvier 1910, à Bonnat (Creuse).

---

**Examinateurs de la Thèse**

MM. ANDÉRODIAS, professeur ..... *Président.*
PERY, professeur ..... ....
RIVIÈRE, agrégé ..... *Juges*
FAUGÈRE, agrégé .....

---

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—

1934

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M SIGALAS

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

## PROFESSEURS

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | MAURIAC. DUPÉRIÉ | Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | ROCHER |
| Clinique chirurgicale | BEGOUIN. | Clinique médicale des maladies des enfants | CRUCHET |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | GUYOT. | Chimie biologique et médicale | DELAUNAY |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARLES. | Physique médicale et pharmaceutique | SIGALAS. |
| Clinique d'accouchements. | ANDERODIAS. | Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques | BONNIN |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique | SABBAZES. | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | PETGES. |
| Anatomie | VILLEMIN. | Clin. des mal. des voies urinaires | DUVERGEY |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. | Clinique des maladies nerveuses et mentales | ABADIE |
| Hygiène | LEURET. | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie | PORTMANN. |
| Médecine légale et déontologie | LANDE | Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale | RÉCHOU | Hydrologie thérapeutique et climatologie | CREYX |
| Chimie | CHELLE. | Clinique dentaire | CAVALIE. |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | | |
| Pharmacie | DUPOUY. | | |
| Zoologie et parasitologie | MANDOUL. | | |
| Médecine expérimentale | AUBERTIN. | | |
| Clinique ophtalmologique | TEULIERES | | |

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | MM | | MM |
|---|---|---|---|
| Anatomie | DUBECQ. | Chirurgie générale | CHARRIER. LOUBAT. |
| Anatomie | DUFOUR. | Obstétrique | RIVIERE. |
| Physiologie | FABRE. | Ophtalmologie | BEAUVIEUX |
| Médecine générale | DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN | Oto-Rhino-Laryngologie | DESPONS |
| | | Dermatologie et syphiligraphie | JOULIA. |
| | | Physique médicale | WANGERMEZ |
| | | Chimie générale pharmaceutique et toxicologie | VITTE. |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| | MM. | | MM. |
|---|---|---|---|
| Physiologie | FABRE | Ophtalmologie | CABANNES (en congé |
| Médecine opératoire | PAPIN | Puériculture | FAUGERE |
| Accouchements | PERY. | Pharmacie chimique | VITTE |
| Pathologie médicale | DELMAS-MARSALET. | Zoologie et parasitologie | R. SIGALAS. |

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE

---

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE PATERNEL

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE MATERNELLE

---

A MES PARENTS

---

A MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

---

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MES NEVEUX

---

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

---

Au Docteur MAHON

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

---

A MES JUGES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

---

A Monsieur le Médecin en chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

---

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Professeur J. ANDERODIAS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

# AVANT-PROPOS

Sujet repris maintes fois déjà sous des titres divers, nous avons pensé cependant qu'il était intéressant d'étudier dans une thèse, les idées des différents auteurs sur les gros enfants, en nous basant nous-mêmes sur les observations de la clinique obstétricale de Bordeaux.

# INTRODUCTION

Tous les auteurs sont d'accord pour penser que, à partir d'un certain poids, les nouveau-nés « présentent une histoire clinique dont les particularités sont suffisantes pour mériter un chapitre spécial dans l'histoire des accouchements » ; mais chacun, à sa convention, fixe un chiffre, intitule un chapitre : d'où divergences tant sur le qualificatif que sur le poids à attribuer à un tel fœtus.

Il n'est, pour s'en convaincre, qu'à rappeler par ordre chronologique les principaux travaux antérieurs.

— Dans la thèse de Dubois (1896) « Les gros enfants au point de vue obstetrical » où sont réunies des observations de nouveaux-nés atteignant jusqu'à 11 kg. 300, la statistique ne comporte aucun poids inférieur à 4 kg. 900.

— Très voisine est la conception de Bué (1898). « Quand on parle », dit-il, « d'excès de volume total, on a surtout en vue des enfants dont le « poids atteint ou dépasse 5.000 grammes. »

— Pour Levy Georges (1900), on peut parler de « gros enfants » à partir de 4 kg. Même chiffre pour Moisnard (1900) qui établit une synonymie entre les termes de « gros enfants » et « excès de volume du fœtus ». Ce dernier est encore précisé par Delepine, qui rapporte, en 1905, un cas de dystocie par « excès de volume physiologique du fœtus » à propos d'un enfant de 4 kg. sans la tête.

— Panaïotoff (1906) adopte les conventions établies par Levy, alors que la même année, Pflieger traite « Grossesse

et accouchement dans le cas de fœtus volumineux » fixant à ceux-ci le poid minimum de 4.500 grammes.

— Alors que le sujet semble nettement limité avec P. et J. Delmas, Bobo (1910) qui font évoluer les « gros fœtus » entre « 4.000 et 5.000 grammes », Alphand, sans envisager dans son étude « de fœtus pesant plus de 6.000 grammes », prétend qu'on ne peut fixer un poids maximum.

— Slanka (1919) propose pour les nouveaux-nés la classification suivante : « débiles au dessous de 2.500 gr. ; petits moyens de 2.500 à 3.000 gr. ; moyens de 3.000 à 3.500 gr. ; gros enfants à partir de 3.500 granmes », mais il ajoute que « dans des limites aussi étendues, un enfant de 3.500 gr. n'a certainement pas la même valeur qu'un enfant de 4.500 gr. par exemple, et dans les gros enfants, on en rencontre qui sont assez gros, gros, très gros. »

— Desbruères (1924) estime simplement que « le poids de 4.000 gr. doit être atteint par le fœtus pour mériter le qualificatif de gros fœtus ».

— Ne spécifiant aucun chiffre, dans son article « De l'excès de volume général du fœtus » (1925), De Manet écrit : « Nous ne considérons donc que le gros fœtus sain, trop volumineux par lui-même pour franchir le bassin normal... Dans nos maternités, les fœtus de 9 livres ou 10 livres sont assez rares, le poids maximum est de 6 kg. : au-dessus, il s'agit de fœtus pathologique, le plus souvent mort et macéré. »

— En 1927, Brindeau cite deux cas de « dystocie par gros fœtus » pesant 5.750 et 5.850 grammes.

— Pour des chiffres corespondants, Delle-Chiaje (1928) parle de « gigantisme fœtal » de « macrosomie ».

— R. Palliez (1931) reprend le terme « excès de volume du fœtus » à propos d'observations de 4.000 à 5.000 grammes.

Ayant fixé notre choix sur le terme de gros enfants, nous

retiendrons de ce qui précède que, pour faire un chapitre homogène, assez différent du problème obstétrical courant, il faut nous éloigner, par une marge suffisante, des fœtus normaux auxquels les classiques assignent le poids de 3 kg. 500. D'après Grenier, le poids moyen du nouveau-né à la Maternité de Bordeaux est de 3.365 gr. et nous avons décidé d'adopter la limite inférieure toute conventionnelle de 4 kg.

Nous avons alors parcouru les registres de la clinique obstétricale de Bordeaux, des années 1924 à 1933 : en dix ans, sur 9.269 observations, nous avons relevé, pour 11 cas de fœtus de poids supérieur ou égal à 5 kg., soit 1 pour 1.000 ; 635 cas de nouveau-nés de poids supérieur ou égal à 4 kg., soit 5,85 % ; mais nous n'avons pas pensé que, sur le seul fait qu'ils étaient exceptionnels, l'étude des premiers dut différer de celle des seconds. Aussi, avons-nous été conduit à adopter les conventions de Levy-Moisnard-Alphand-Desbruères : pour nous, les gros enfants sont ceux qui pèsent au moins 4 kg., ce qualificatif ne devant évoquer ni l'idée de dystocie, ni celle d'une malformation ou d'un trouble pathologique.

En voici le relevé statistique année par année :

1924 : 832 observation, 55 gros enfants.
1925 : 876 observations, 63 gros enfants.
1926 : 886 observations, 59 gros enfants.
1927 : 955 observations, 68 gros enfants.
1928 : 875 observations, 64 gros enfants.
1929 : 913 observations, 62 gros enfants.
1930 : 971 observations, 73 gros enfants.
1931 : 969 observations, 55 gros enfants.
1932 : 1031 observations, 82 gros enfants.
1933 : 961 observations, 65 gros enfants.

Au total : 646 gros enfants soit 7 %.

Nous développerons leur étude dans le plan suivant :

1° Etiologie.
2° Symptomatologie et diagnostic.
3° Caractères particuliers des gros enfants.
4° Accouchement.
5° Pronostic maternel et fœtal.
6° Conduite à tenir.

Les observations, où nous avons puisé les éléments de ce travail, sont rapportées à la fin de cet exposé, classées sous la même rubrique que dans les registres de la clinique Boursier.

## Chapitre I

# ETIOLOGIE DES GROS ENFANTS

En présence d'une femme enceinte, l'accoucheur doit avoir présent à l'esprit, pour conduire méthodiquement l'interrogatoire, les différents facteurs étiologiques invoqués à propos des gros enfants : c'est là que réside l'intérêt de l'énumération que nous allons en faire. Prise isolément, chaque cause étiologique n'a qu'une valeur adjuvante ou favorisante, mais la réunion de quelques-unes d'entre elles peut éveiller notre attention et nous mettre sur la voie du diagnostic.

Leur étude sera faite en deux parties :

A. Facteurs physiologiques.

B. Facteur pathologiques.

### A. *Facteurs physiologiques.*

1° *Hérédité. Taille des parents.* — Nos observations ne portant aucun renseignement sur ce point, il ne nous a pas été permis d'en vérifier la fréquence ; admis par tous les auteurs, on discute simplement la prédominance de l'hérédité maternelle ou paternelle : celle-ci est la plus en faveur.

2° *Epoque de la menstruation. Age de la mère.* — Pour qu'un tel poids soit atteint par l'enfant, il lui est nécessaire de trouver des conditions optima de développement: celles-

ci ne se rencontreront chez la femme que lors de la maturité génitale qui s'étend pour Dubois de 25 à 35 ans. La longue durée de l'intervalle qui sépare cette époque de la puberté, fixée en moyenne à 14 ans, constituerait pour Pinard le facteur principal de la naissance du gros enfant, à condition qu'elle n'atteigne pas une valeur telle que l'âge de la femme dépasse 35 ans.

Ce sont bien, en effet, entre ces âges, que nous avons recueilli le plus d'observations, mais nous relevons trop d'exceptions à cette règle pour lui accorder entière confiance.

D'ailleurs, si, de deux enfants placés dans des conditions identiques de développement, l'un pèse plus que l'autre, c'est qu'il faut laisser la part au métabolisme individuel du fœtus ; notre ignorance sur la question ne doit pas nous empêcher de la signaler ; ce serait là une condition nécessaire et suffisante au développement exagéré de l'enfant : fœtus placé dans les meilleures conditions de développement avec métabolisme supérieur à la normale.

3° *Alimentation maternelle.* — Il est logique de penser qu'avec un tel métabolisme, l'enfant sera d'autant plus lourd que l'alimentation maternelle sera plus abondante, plus riche en particulier en hydrates de carbone ; on rapporte même à ce sujet des cas où la femme, mise au régime, mais absorbant des bananes et de grosse quantité de lait, aurait accouché d'un gros enfant.

4° *Repos de la mère. Prolongation de la gestation.* — Le professeur Pinard depuis 1895, a fait ressortir l'influence capitale du repos de la femme enceinte sur la durée de la grossesse et surtout sur le développement du fœtus. Nous n'insisterons pas sur le repos maternel dont l'importance a été maintes fois démontrée, nous ne pouvons que soulever une fois de plus le problème de la grossesse prolongée avec les deux observations suivantes, dont nous de-

vons la dernière à l'obligeance de M. le professeur Anderodias et du Docteur Mahon.

*Obs.* (1928, n° 461). Tertipare. Dernières règles : 20 au 25 juillet 1927. Accouchement : 9 mai 1928. Il semble donc que l'on soit en présence d'une grossesse qui aurait dépassé largement le terme. Ce serait vrai d'une part d'après la date des dernières règles et, d'autre part, d'après le volume de l'utérus. H U = 44 cm. Poids de l'enfant : 4.740 gr.

*Observation :* P..., Marie, secondigeste. Accouchement dystocique en août 1929 : traumatisme obstétrical grave (incisions du col faites au rasoir, 17 tentatives d'application de forceps sur le siège), enfant mort et délabrement considérable des parties molles aboutissant à une sténose progressive du vagin. Plastie vaginale par M. le professeur Guyot en janvier 1930. Grossesse consécutive.

Dernières règles : 8-10 mars 1930, vagin large et souple, mais col petit, collé contre la paroi antérieure du vagin sous la vessie. Terme dépassé : faux travail et mort de l'enfant 311 jours après les dernières règles. Le travail ne se déclanchant toujours pas et la voie basse étant absolument impraticable, on intervient par césarienne abdominale 319 jours après les dernières règles et 8 jours après la mort de l'enfant: on extrait un enfant mort et macéré du poids de 4.900 gr.

Il serait osé d'essayer de résoudre un problème dont il nous manque encore des données solides : connaissance exacte de la durée de la gestation physiologique chez la femme, moment précis de la fécondation.

5° *Parité.* — Pour 135 primipares, nous trouvons 511 multipares : celles-ci auraient environ 4 fois plus de chance d'accoucher d'un gros enfant que celles-là, ce que Bobo explique ainsi : « La répétition de la fonction en rend l'accomplissement plus parfait. » Un corollaire découle aussitôt de cette règle : si une femme accouche d'un enfant de 4 kg., les gestations suivantes se termineront par la naissances de gros enfants ; « les gros enfants appellent les gros enfants » (P. et J. Delmas

Si ces faits se trouvent vérifiés comme dans l'observation suivante :

*Obs.* (1925, n° 756) : 1re grossesse à 16 ans et demi, enfant de 3.500 gr.
2e grossesse à 18 ans.
3e gestation. Avortement.
4e grossesse à 20 ans, enfant de 4 kg.
5e grossesse à 23 ans, enfant de 4.400 gr.
6e grossesse à 25 ans.
7e grossesse à 31 ans, enfant de 4.400 gr.
8e grossesse à 33 ans, enfant de 4.500 gr.
9e grossesse à 35 ans, enfant de 4.485 gr.

Leur relative fréquence ne permet pas, là encore, d'en faire une règle.

6° *Sexe du fœtus.* — Filles et garçons sont dans la proportion de 1 pour 2 environ (409 garçons pour 237 filles). Sans rechercher ici un facteur étiologique, il nous semble que ces chiffres traduisent simplement l'application aux gros enfants d'une loi de démographie : il naît et meurt plus de garçons que de filles.

B. *Facteurs pathologiques.*

A côté de l'obésité, du diabète et de la syphilis, on range actuellement certains troubles endrociniens.

1° *Obésité. Diabète.* — Chez une femme enceinte, un métabolisme exagéré pour les glucides ou pour les lipides, est une cause éminemment favorable au développement du produit de conception, mais il ne convient pas seulement de le rappeler, il faut chercher la part exacte qui revient à ces troubles de la nutrition.

Nous relevons sur 646 observations : 7 cas d'obésité,
3 cas de diabète.
les troubles de la nutrition interviendraient dans 1,54 % des cas.

Il nous semble intéressant de consigner ici un cas de gros enfant relevant d'un diabète :

*Obs.* (1926, n° 553). Il s'agit d'une femme de 43 ans dans le passé de laquelle on note 4 grossesses : les 3 premières s'étant terminées par l'accouchement de gros enfants. A la 4e grossesse, en présence d'un prurit intense, on recherche le sucre dans les urines : 37 gr. par litre. La femme est mise au régime pendant toute la grossesse, peu d'amélioration, l'accouchement à terme est très pénible : foetus mort de 6.600 gr. Tout le syndrome aurait disparu dans les semaines qui suivirent l'accouchement, mais une grossesse nouvelle commence presque aussitôt et la glycosurie reparaît : d'intensité très variable d'un jour à l'autre, elle passe de 47 gr. à 17 gr. en quelques jours. Au point de vue subjectif, la malade n'éprouve aucune lassitude et se sent beaucoup mieux qu'au cours de la grossesse précédente; son utérus très développé montre un foetus volumineux qui ne paraît cependant pas atteindre le volume du précédent et ne commande pas l'interruption thérapeutique de la grossesse. La glycémie est de 1 gr. 38 ; pas de corps cétoniques dans les urines.

Accouchement à terme extrêmement rapide, durée du travail : 2 h. et demie. Enfant de 4 kg. 600.

2° *Syphilis.* — Poussant un peu loin l'interprétation de la phrase classique de Pinard : « Je me méfie du gros enfant, surtout quand il s'accompagne d'un gros placenta et d'un excès de liquide », les auteurs, avec P. et J. Delmas, Bobo, se contentent de conclurent : « La syphilis facteur de gros œuf n'est plus à démontrer, mais nous ne croyons pas avec Pinard que tous les gros œufs soient dus à une vérole atténuée. »

Peut-on préciser dans quelles conditions un gros enfant est d'origine syphilitique ? Aucune de nos observations ne relate de signes d'hérédo-spécificité constatés chez le nouveau-né et il n'est pas permis d'affirmer une telle origine sur les seules données du poids du placenta et d'un excès de liquide amniotique, les annexes de l'œuf ayant pu subir un développement parallèle à celui du fœtus ; de plus le Bordet-Wassermann chez la femme enceinte, quand il est

négatif, est d'interprétation difficile. Nous ne sommes en mesure, bien souvent, que de poser un diagnostic de probabilité d'après « les antécédents paternels et maternels, avortements fréquents, accouchements prématurés, grossesse gemellaire univitelline, hypertrophie du placenta, croissance lente ou nulle... » (Favreau).

Pour notre part, nous n'avons retenu que les réactions positives et les cas étiquetés dans les observations « Traitement spécifique » ou « Syphilis probable » et nous avons trouvé : — syphilis probable : 15 cas.

— syphilis : 22 cas.

soit 5,80 % de gros enfants d'origine syphilitique : 1 fois sur 20 la syphilis provoquerait un développement exagéré du fœtus.

3° *Troubles endocriniens.* — Tombant ici dans le domaine de l'hypothèse, nous ne ferons que mentionner l'opinion de Martin : « L'idée de considérer de très gros fœtus comme atteints d'acromégalie ou de gigantisme se produisant *in utero* ne semble pas incompatible avec les opinions émises par Brissaud sur la même maladie. » Encore devons-nous être plus circonspect pour appliquer cette donnée aux gros enfants.

L'étude du métabolisme basal comparé chez les femmes enceintes pourrait peut-être apporter quelques renseignements sur la question, si, comme le laisse supposer le cas suivant, la femme qui accouche d'un gros enfant présentait un métabolisme basal exagéré.

*Obs.* (1932, n° 258). Sextipare, 34 ans ; goître peu volumineux, probablement folliculaire ; une certaine instabilité d'humeurs et quelques tremblements, pas d'exophtalmie. Enfant de 4.370 gr.

Dès lors, quel métabolisme incriminé, métabolisme fœtal ou métabolisme maternel ou les deux réunis ? Le problème étiologique des gros enfants n'est donc pas encore résolu ; nos connaissances actuelles nous permettent de mettre en cause la taille des parents, l'alimentation maternelle, le repos durant la gestation, la syphilis, le diabète et l'obésité.

## Chapitre II

# SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

*Symptomatologie.* — Pour voir apparaître quelques particularités chez la femme enceinte, il faut attendre que le développement de l'utérus soit assez considérable pour provoquer des signes anormaux d'irritation ou de compression ; c'est dire qu'au début de la gestation, tout est normal, bien que les auteurs notent « l'accentuation des signes ordinaires de la grossesse ».

Par la suite seulement, nous pourrons observer : douleurs lombaires accusées, essoufflement, palpitations, œdème des membres inférieurs, œdème sus-pubien (un seul cas : Obs. 1932, n° 546), albuminurie, plusieurs fois nous avons relevé des mictions fréquentes avec ou sans polyurie (Obs. 1931, n° 378).

Vers la fin de la grossesse, la femme présente souvent un « ventre volumineux », un « ventre globuleux », un « ventre en obusier »(Obs. 1933, n° 265) suivant l'état de relâchement de la paroi abdominale.

Lorsque par la palpation, on recherchera les pôles fœtaux, on peut découvrir un signe de valeur : tête ossifiée et débordant nettement le pubis (Obs. 1933, n° 660).

Si aucun renseignement ne nous est fourni, ni par l'inspection, ni par la palpation, seul, le palper mensurateur conduira au diagnostic : alors que normalement le fond

utérin, au neuvième mois de la grossesse, s'élève à 32 cm. au-dessus du pubis, les Delmas ont fixé de 37 à 38 cm. la hauteur utérine moyenne en cas de gros enfant, signalant qu'une seule fois sur 46, elle a été en défaut ; pour Desbruères HU=35 cm. 4 en moyenne ; c'est ce chiffre que nous avons retenu et nous n'avons consigné dans nos observations que les hauteurs utérines atteignant au minimum 35 cm.

*Diagostic.* — Connaissant l'âge de la grossesse d'après les dernières règles, nous trouvant en présence d'une hauteur utérine exagérée, il est alors nécessaire de procéder aux éliminations suivantes .

a) *Epaisseur de la paroi.* — Si la paroi abdominale est normale, ce que nous fera constater le palper, c'est que la femme présente un gros utérus.

b) *Gros utérus.* — Eliminant fibrome et toute cause de surélèvement du fond utérin : rétrécissement pelvien, tumeurs du bassin, placenta proevia, c'est que le contenu même de l'utérus, l'œuf, est gros.

c) *Gros œuf. — Hydramios.* Dans ce cas, la tension utérine gêne considérablement la palpation des parties fœtales et l'on est souvent dans l'impossibilité de diagnostiquer la présentation. Au toucher : col ouvert, un peu effacé, segment inférieur très évasé.

*Grossesse gemellaire.* On doit procéder ici à la palpation de trois pôles fœtaux ou simplement de deux pôles de nom contraire, placés côte à côte; à l'auscultation, on note deux foyers distincts et à rythme différent, opération qui doit être faite, de préférence, par deux observateurs à la fois.

Il n'est plus alors que le fœtus a pouvoir être incriminé.

d) *Gros fœtus. — Hydrocéphalie.* « On se souviendra que, dans ce cas, on trouve un siège en bas avec une tu-

meur volumineuse et molle au fond de l'utérus et un sillon du cou situé à la moitié du corps utérin. Si la femme est en travail et si la tête est en bas, on sentira par le toucher un crâne cartilagineux avec une énorme fontanelle fluctuante. » (De Manet).

*Gros enfant.* Ce n'est qu'après ces éliminations successives qu'on en posera le diagnostic ; si des doutes subsistent, on pratiquera une radiographie. (Obs. 1933, n° 78 et 483).

## Chapitre III

# CARACTERES PARTICULIERS DU GROS ENFANT ET DES ANNEXES

*Caractères du gros enfant.* — A côté du poids, dont nous avons fait le caractère spécifique du gros enfant, et de la taille qui ne retient guère l'attention des auteurs — 53 cm. en moyenne pour Bobo avec maximum de 58 cm. pour un enfant de 4 kg. 500 — il faut signaler certaines particularités anatomiques moins constantes, mais qui, lors de l'accouchement, peuvent être cause de dystocie :

— la tête, tout à fait comparable, quant à la dimension de ses diamètres utiles, à celle du fœtus normal, s'en distingue parfois par une ossification plus avancée (7 fois sur 646 observations).

— le diamètre biacromial peut être exagéré : 13 cm. au lieu de 12 pour Panaïotoff ; 19 cm. dans l'observation (1933, n° 698).

— le diamètre bi-trochantérien nous a toujours paru normal.

*Annexes.* — *Cordon.* Sa longueur moyenne est de 60 cm., mais elle varie de 30 cm. (Obs. 1926, n° 496) à 1 m. 40 (Obs. 1926, n° 302).

*Placenta.* Théoriquement, le poids du placenta, pour un enfant de 4 à 5 kg. devrait osciller de 650 gr. à 850 gr. ; il est compris dans nos observations entre 490 gr. (Obs. 1925, n° 594) et 1 kg. 200 (Obs. 1933, n° 527).

*Liquide amniotique.* Dans 7 cas, il a été plus abondant qu'à l'ordinaire.

Il n'est donc pas possible de dégager une proportion évidente, entre le développement du fœtus et celui des annexes.

## Chapitre IV

# ACCOUCHEMENT ET DELIVRANCE

---

**Accouchement.** — Il est classique, au début de ce chapitre de développer le raisonnement suivant : un gros enfant, évoluant dans un bassin normal, se comporte, comme un enfant normal évoluant dans un bassin légèrement retréci, c'est-à-dire que le même problème obstétrical se pose dans les deux cas, dans le premier la dystocie est d'origine fœtale, dans le second d'origine pelvienne.

La dystocie semblant inévitable, il vient immédiatement à l'esprit l'idée de provoquer un accouchement prématuré ; mais, en se basant sur nos observations, on relève 429 accouchements spontanés sur 646, soit 65 % : on conçoit dès lors, qu'en présence d'un tel pourcentage, nous n'ayons pas le droit dans tous les cas, de provoquer un accouchement avant terme.

Même en cas de spontanéité, les conditions de la parturition diffèrent chez la femme suivant qu'il s'agit de fœtus normaux ou de gros enfants, et nous nous proposons de les étudier dans ce dernier cas, avec chacune des présentations.

a) *Présentation du sommet.* — Sa fréquence (91 % des cas contre 95 % chez les fœtus normaux) nous a permis de ne pas faire mention des sommets dans notre relevé

statistique où mentionnons seulement les autres présentations.

Comme d'ordinaire, nous envisagerons successivement l'engagement et le travail.

1° *Engagement.* — Il comprend une étape préparatoire : accommodation aidée de flexion ou de déflexion de la tête au détroit supérieur. Pour les cas qui nous occupent, les difficultés semblent surtout tenir à l'accommodation : si la tête n'est pas ossifiée l'accommodation se fait normalement, mais, lorsque l'ossification du crâne empêche le chevauchement des sutures, presque irrémédiablement se pose le problème de dystocie d'origine fœtale dont nous avons parlé précédemment. Cependant si les sutures cèdent, l'accommodation se fera à la longue, ce qui explique, comme le fait remarquer Alphand, que, même chez les primipares, il arrivera de voir la tête fœtale ne s'engager que lors du travail.

2° *Le travail.* — Si l'on rencontre, aussi bien parmi les primipares que chez les multipares, des cas où l'accouchement d'un gros enfant s'est passé dans les limites normales de temps, le plus souvent les phénomènes physiques et mécaniques du travail se trouvent augmentés dans leur durée ;

— pour les primipares : 22 h. 30 ;

— pour les multipares : 9 h. 30 (P. et J. Dehuas).

*Allongement du temps de dilatation.* — Plusieurs facteurs, isolés ou intriqués, peuvent ici jouer un rôle physiopathologique :

— rupture prématurée des membranes ;

— tétanisme utérin ;

— inertie utérine ;

— une fois il nous a été donné de noter l'œdème du col (Obs. 1929, n° 667).

*Allongement du temps d'expulsion.* Les contractions utérines, épuisées par les difficultés et de l'engagement et de

la dilatation, gênées chez les primipares par un périnée résistant, mal secondées chez les multipares par une paroi abdominale déficiente, disparaissent à peu près complètement, dès lors, l'accoucheur, pour mener à bien l'issue, hors des voies génitales, de la tête foetale, n'a d'autres ressources que les ocytociques ou le forceps (76 applications de forceps dans l'excavation), mais point important noté par Balard : « les difficultés que l'on rencontre au cours d'une application de forceps, lorsque la tête, bien saisie et engagée, ne parvient pas à descendre jusque sur le plancher périnéal malgré des tractions soutenues, s'expliquent tant que les épaules ne sont pas amoindries, puis engagées à travers le détroit supérieur. »

La tête expulsée, spontanément où à l'aide du forceps, il peut apparaître alors une dystocie particulière aux gros enfants : la dystocie des épaules (21 fois sur 646 cas, soit 3 %). Les conditions mécaniques en ont été bien établies par Jacquemier dans un mémoire lu, en 1851, à l'Académie de Médecine : « la cage thoracique présente la forme d'un cône sur les côtés duquel, les épaules, attachées par des parties molles, peuvent glisser dans le sens vertical. Lorsque, pendant l'accouchement, le thorax s'engage dans l'excavation pelvienne, les épaules, comprimées par le détroit supérieur ou par les parois convergentes du petit bassin, tendent, en vertu de leur mobilité, à remonter et à se rapprocher de la base du thorax, c'est-à-dire qu'elles se portent sur des segments de cône dont le diamètre s'accroît d'une façon progressive. Dans les conditions ordinaires, l'ampleur du bassin réduit ces résistances à de faibles proportions et la marche du travail n'en est point entravée ; mais si la poitrine de l'enfant présente un développement exceptionnel, la progression de celui-ci va se trouver forcément arrêtée. »

Il importe à ce moment, si l'on n'a pas fait le diagnostic de gros enfant, de voir rapidement de quoi relève ce nou-

veau contretemps, sinon, exerçant des tractions intempestives sur la tête fœtale, alors qu'on ne fait que « serrer le nœud de la difficulté » (Jacquemier), on expose l'enfant à des lésions médico-chirurgicales que nous étudierons dans le prochain chapitre. « Sans essayer de fixer l'épaule antérieure sous la symphyse » (Balard), il faut pratiquer sous menace d'asphyxie fœtale la manœuvre de Jacquemier dont le principe est le suivant : « relâcher le nœud » en ramenant les épaules de la base vers le sommet du cône thoracique ; pour cela, on glisse la main dans le vagin, en remontant le long de la concavité sacrée, à la recherche du bras postérieur que l'on saisit, deux doigts en attelle et un en crochet pour éviter la fracture de l'humérus, et que l'on abaisse ; si le dégagement du bras antérieur est encore impossible, on le transforme en postérieur et on recommence la même manœuvre.

Les épaules ayant franchi le détroit inférieur, nous n'avons jamais noté de dystocie par les hanches.

b) *Présentation du siège.* — Pendant la grossesse, 20 enfants sur 646 se présentaient par le siège, 6 versions par manœuvres externes suivies de succès réduisirent à 14 cette présentation : 7 sièges complets ; 7 sièges décomplétés, mode des fesses.

Jamais non plus de dystocie des hanches, et il ne nous a pas été donné de vérifier le conseil de Balard : « l'extraction par les deux pieds à la fois présenterait un certain avantage ».

Dans les sièges complets, une fois l'expulsion spontanée du siège, on va à la recherche des bras, qui ne sont pas toujours relevés (obs. 1924, n° 63) ; le bras postérieur est d'abord abaissé, puis l'antérieur ; on pratique ensuite pour le dégagement de la tête la manœuvre de Mauriceau : parfois pénible, elle nécessite, sur la tête dernière, une application de forceps dont le résultat est souvent désastreux (obs. 1924, n° 110).

Grande extraction, sous anesthésie générale, en cas de siège décomplété mode des fesses dont l'irréductibilité implique la voie haute (obs. 1930, n° 602).

Dans l'un ou l'autre mode, on voit apparaître d'emblée l'indication d'une césarienne (obs. 1931, n° 865 et 1932, n° 546), et nous devons déduire de là qu'il n'y aura pas avantage à pratiquer pour un sommet une version par manœuvres internes qui, de plus, provoque toujours le relèvement des bras (obs. 1925, n° 872 et 1931, n° 941).

c) *Présentations dystociques.*

1° *Front.* — Dystocie par défaut de flexion, nous en avons noté 5 cas sur 646.

*Obs.* (1924, n° 660) : Version par manœuvres internes après échec du forceps. Procidence du cordon. Forceps sur tête dernière. Mort-né.

*Obs.* (1927, n° 279) : Front. Transformation spontanée en face au D. S. Rotation pénible de la tête au détroit inférieur.

*Obs.* (1931, n° 215) : Front. Excès de volume de l'utérus. HU = 37 cm. Césarienne basse.

*Obs.* (1931, n° 378) : Nonipare. Grand squelette. Front, inertie utérine : ½ cc. d'hypophyse.

*Obs.* (1931, n° 427) : Anteversion utérine par gros fœtus et éventration. Césarienne basse, on s'aperçoit d'une présentation du front.

2° *Epaule.* — Sur 9 présentations de l'épaule, nous relevons :

6 fois la version par manœuvres externes a donné un sommet dont l'accouchement s'est effectué cinq fois spontanément; dans un cas, il a fallu y participer par un forceps (obs. 1932, n° 125, légère hémorragie méningée).

1 fois la version par manœuvres externes au début du travail a amené un siège complet : extraction d'un enfant mort-né (obs. 1924, n° 701).

Enfin version podalique dans 2 cas (obs. 1930, n° 284 et obs. 1930, n° 811 : fracture de l'humérus).

Il semble donc bien évident que l'accoucheur, plus encore que dans une grossesse normale, doit tout mettre en œuvre pour éviter les présentations dystociques.

d) *Bassin rétréci et gros enfant.* — Double raison ici d'intervenir par voie haute : dystocie d'origine fœtale et dystocie d'origine pelvienne (obs. 1933, n° 736). Nous ne devons pas compter, par une épreuve du travail, sur un résultat aussi favorable que dans le cas suivant :

*Obs.* (1929, n° 868) : Secondipare de 19 ans. Bassin légèrement rétréci. P. S. P. = 10 cm. 75. Début du travail à 17 heures. La tête s'engage pendant le travail en G. A., la poche des eaux se rompt spontanément et précocement, à 23 heures, à petite palmaire. Dilatation complète à 23 heures ½. Durée de l'expulsion : 15 minutes. Dégagement en O. P. Enfant de 4.100 gr.

**Délivrance.** — Normale le plus souvent, l'accoucheur doit cependant être averti, pour y porter remède par les moyens habituels, que l'inertie utérine peut apparaître aussi bien après l'accouchement qu'après la délivrance et provoquer l'hémorragie classique :

*Obs.* (1927, n° 230) : Sextipare, 41 ans. Pendant la période d'expulsion, la malade présente un peu d'inertie utérine, à tel point qu'on pense devoir être obligé d'appliquer le forceps, puis les contractions utérines reprennent et l'accouchement peut se terminer spontanément. La malade présente alors une assez forte hémorragie, écoulement de sang en jet continu, puis le sang continue à s'écouler en bavant. Le pouls devient plus petit, la malade accuse quelques vertiges. On pratique la délivrance artificielle, l'utérus, aussitôt vidé, revient sur lui-même et l'hémorragie s'arrête aussitôt.

D'après Guéniot et Pierra, l'hémorragie de la délivrance est plus fréquente chez la femme qui vient d'accoucher d'un gros enfant : 11,2 % contre 3 % dans les accouchements normaux. Pour nous, 18 fois sur 646 cas, soit 3 %.

## Chapitre V

# PRONOSTIC

**Pronostic maternel.** — Pour s'en faire une idée, il convient de connaître les complications qui peuvent se produire aux différents stades de la puerpéralité.

*Accidents de la grossesse.* — La femme semble supporter parfaitement bien une telle gestation qui, nous l'avons vu, ne provoque chez elle que l'apparition de symptômes relativement bénins ; nous avons même pu observer quelques cas d'état puerpéral pathologique sans incident notable : fibrome, placenta prœvia, bacillose, pulmonaire, pyélonéphrites dont une avec hématuries (obs. 1924, n° 577), éclampsie, diabète ; pour ces deux derniers, bien que dans l'observation (1932, n° 772) la femme soit morte au cours d'une crise d'éclampsie, bien que dans l'observation (1927, n° 818) la femme ait été en imminence de coma diabétique, nous n'avons pas le droit d'en imputer plus aux gros enfants qu'aux enfants du poids habituel dont la gestation est sujette aux mêmes accidents.

*Accidents de l'accouchement.* — Les difficultés de l'accouchement exposent la femme à subir des manœuvres obstétricales dangereuses pour ses tissus : forceps, basiotripsies, versions par manœuvres internes, dégagement des épaules provoquent souvent déchirures du col, délabrement du vagin, déchirure du périnée. Si les auteurs signalent fistu-

les vésico-vaginales et rupture de l'utérus que nous n'avons, pour notre part, jamais observées, ils oublient de mentionner le choc obstétrical dont nous avons compté 5 cas.

*Accidents de la délivrance.* — Nous avons déjà parlé de la fréquence de l'hémorragie qui appelle, soit la délivrance artificielle dans les cas où le placenta n'est pas expulsé ou a contracté des adhérences anormales (15 fois), soit le curage digital pour rétention de cotylédons placentaires (3 fois).

*Complications des suites de couches.* — Ces interventions multiples et variées ne vont pas sans affaiblir l'organisme maternel, préparant le terrain à l'infection, parfois même ouvrant la voie et apportant le microbe.

En effet, à côté de complications banales comme la rétention d'urine (6 cas), la rétention des membranes (3 cas), il nous faut classer toute la gamme des infections puerpérales :

Infection des voies vaginales basses : 2 cas obs. (1925, n° 554) et (1929, n° 503).

Infections utérines : lymphangite : 2 cas. Obs. (1929, n° 318) et (1930, n° 131).

Endométrite : 2 cas. Obs. (1924, n° 660) et (1927, n° 197).

Infections périutérines : périmétrite avec annexite : 1 cas. Obs. (1926, n° 467).

Annexite : 1 cas. Obs. (1929, n° 422).

Phlegmons du ligament large : 4 cas. Obs (1928, n° 714) et Obs. (1929, n°s 73, 744, 801).

Péritonites puerpérales : 2 cas. Obs. (1927, n° 869) et (1929, n° 754).

Phlébite : simple : 3 cas. Obs. (1926, n° 299) (1928, n° 714) (1933, n° 852).

double : 1 cas. Obs. (1933, n° 660).

Enfin deux cas « d'infection puerpérale » non classée, la malade étant sortie de la clinique : Obs. (1928, n° 98) et (1929, n° 354).

Ce n'est là qu'une fréquence relative, car, en milieu hospitalier, une asepsie rigoureuse préside à toutes les interventions et très fréquemment est mis en œuvre le sulfarsénol préventif.

*Mortalité maternelle.* En voici le détail :

4 décès. Obs. (1927, n° 869). Décès au 5e jour par péritonite purulente (thrombus vaginal).

Obs. (1929, n° 744). Phlegmon du ligament large. Mort subite. Myocardite à l'autopsie.

Obs. (1929, n° 754). Décès au 19e jour par péritonite à la suite de la rupture d'un abcès lenticulaire de la face postérieure du ligament large (autopsie).

Obs. (1932, n° 772). Décès 7 heures après l'accouchement au cours d'une crise convulsive d'éclampsie.

En présence de tels faits, l'opinion de Desbruères : « la vie de la femme qui accouche d'un gros enfant n'est pas plus en danger que celle de la femme qui accouche d'un enfant de poids normal » ne peut être acceptée et il faut conclure, avec P. et J. Delmas, Bobo, de Manet, que le pronostic maternel est « relativement favorable ».

**Pronostic fœtal.** — a) *Pendant l'accouchement.* Plus que le pronostic maternel, le pronostic fœtal est important à connaître pour l'accoucheur, qui devra, dans une certaine mesure, sinon éviter les accidents que nous allons énumérer, du moins y porter promptement remède.

Infection amniotique : 4 cas.

Procidence des membres : 1 cas.

Procidence du cordon : 9 cas.

Céphalématome : 2 cas.

Hémorragie méningée : 7 cas.

Paralysie du plexus brachial : 5 cas.

Fracture de l'humérus : 2 cas.

Basiotripsie : 6 cas.

Mort-nés ou décès dans les heures qui suivirent la nais-

sance : 25 cas, d'où un pourcentage de mortalité fœtale de 4,80 % : il s'ensuit que le pronostic immédiat de l'enfant est assez sombre.

b) *Pendant les premiers jours.* D'après les courbes de pesées que nous avons parcourues, la croissance du gros enfant semble assez fantaisiste ; pourtant la majorité des auteurs s'accordent pour penser que la perte de poids des premiers jours est plus importante que pour un enfant normal, que le gain est plus lent et par conséquent la reprise du poids initial plus tardive. Nous relevons en effet des cas où le nourrisson au 14e jour (obs. 1925, n° 136, au 19e jour (obs. 1925, n° 382), au 27e jour (obs. 1928, n° 704), au 20e jour (obs. 1928, n° 714) n'a pas repris le poids qu'il atteignait à la naissance ; il semblerait alors « que les gros enfants naîtraient avec des aptitudes fonctionnelles inférieures à la moyenne » (P. et J. Delmas-Bobo). Une autre preuve viendrait s'ajouter d'après nos recherches : Obs. (1932, n° 322). Décès au 31e jour. Enfant athrepsique, cependant que les 3 autres cas de mortalité pendant les premiers jours sont dus à des broncho-pneumonies (obs. 1925, n° 39) (obs. 1932, n° 126) et à un accès brusque de cyanose (obs. 1930, n° 845).

c) *Pronostic éloigné.* — Nous ne pouvons, dans l'impossibilté de suivre ces enfants qu'en référer aux conclusions de Moisnard.

1° Pendant les premières années, le gros enfant se développe souvent normalement et conserve son volume relatif, mais la marche est tardive.

2° Pour l'avenir éloigné, il semble que, lors de l'adolescence, les gros enfants ne se distinguent plus des enfants de leur âge.

## Chapitre VI

# CONDUITE A TENIR

Essayons de dégager des faits précédemment exposés, la conduite à tenir, lors de la gestation et de l'accouchement.

*Pendant la grossesse.* — La femme doit être suivie de plus près que pour une grossesse ordinaire, car il importe plus encore ici que pour une gestation normale d'assurer une précentation eutocique. Si l'on découvre un des états pathologiques antérieurement signalés : syphilis, obésité, diabète, on instituera un traitement médical approprié ; bien que son succès ne puisse ressortir de nos observations, il constituera peut-être dans certains cas ce qu'on peut appeler « la prophylaxie des gros enfants ».

Pour la syphilis, la plupart des auteurs portent leurs préférences sur le traitement arsenical.

Pour l'obésité : régime simple.

Pour le diabète : régime et insuline. Sur les trois observations de diabète qu'il nous a été permis de relever, il s'est créé, dans l'observation (1927, n° 818), l'obligation de pratiquer, pour acétonémie et tendance au coma, l'accouchement prématuré au 8e mois (enfant mort-né de 4.360 gr.). Nous avons déjà rejeté cette méthode, c'est le seul cas de toutes nos observations où l'idée d'une telle intervention se soit fait jour ; elle s'explique pour deux raisons : dangers immédiats pour la mère ; enfant de diabétique, en général inapte à vivre .

« C'est, d'ailleurs, le seul cas admis par les partisans irréductibles de la césarienne » (Balard).

*Pendant l'accouchement.* — Deux cas à considérer suivant que l'enfant est vivant ou non, mais difficulté du diagnostic de vitalité du gros fœtus : Poux et Rascol rapportent une observation où les pulsations perçues étaient les systoles maternelles transmises à l'oreille par la grosse masse fœtale.

1° *Enfant mort.* — Une basiotripsie rapide, mais prudente s'impose ; elle a été pratiquée 6 fois seulement sur 10 ans de statistiques ; il en ressort cependant les quelques points suivants :

L'extraction des épaules peut être laborieuse (obs. 1925, n° 554) et n'ayant plus rien à ménager du côté du fœtus, on peut fracturer délibérément bras ou clavicules.

On s'attachera par contre à respecter les tissus maternels, épisiotomie double si besoin est.

Lorsque l'intervention aura été possible, laissant soupçonner quelques délabremnts de la filière pelvi-génitale, s'assurer de leur étendue par un examen sérieux.

2° *Enfant vivant.* — La conduite à tenir est ici plus complexe ; nous l'envisagerons successivement dans les cas suivants :

a) *Anomalies de dilatation.* — Contre une dilatation trop lente, on s'adressera aux moyens habituels : ocytociques prudents (quinine) contre l'inertie vraie ; contre le tétanisme, morphine ; si la poche des eaux n'est pas rompue, rupture artificielle des membranes (obs. 1924, n° 430 ; 1926, n° 89).

Exceptionnellement, on sera conduit à pratiquer la dilatation artificielle, soit manuelle (obs. 1925, n° 554 et 1932, n° 322), soit au ballon (obs. 1925, n°s 23 et 872).

b) *Tête engagée à dilatation complète.* — Contre le retard à l'expulsion spontanée, nous aurons recours soit aux ocytociques forts (hypophyse), soit à l'application de forceps dans l'excavation ; mais n'oublions pas que, dans ces cas, il faut escompter un amoindrissement suffisant des épaules au détroit supérieur, sinon l'hypophyse sera insuffisante et le forceps, nécessitant des tractions trop fortes, peut être préjudiciable au fœtus.

La tête dégagée, si la dystocie des épaules se manifeste, manœuvre de Jacquemier.

c) *Tête non engagée et dilatation complète.* — Que penser de l'application de forceps au détrot supérieur ? Parcourons nos statistiques :

En 1925 : 3 applications de forceps au D. S. — 2 enfants morts (n$^{os}$ 503 et 639).

— un échec (n° 872) et on termine l'accouchement par une version podalique.

En 1926 : Deux forceps au D. S. : n° 76 ; enfoncement du frontal ; enfant vivant.

N° 439 : échec ; version ; mort-né.

En 1927 : Trois applications : n° 542 ; enfant mort deux heures après la naissance.

N° 597 : succès.

N° 869 : mort-né. Décès de la mère au 5$^{e}$ jour. Péritonite.

En 1929 : Une seule application : n° 239 ; échec. Basiotripsie.

En 1930 : Une seule application : n° 829 ; enfant mort ; basiotripsie.

En 1931 : Une seule application : n° 885 ; succès.

En 1932 : Deux applications : n° 81 ; tentatives répétées ; hémorragie méningée ; mort.

N° 193 : succès.

En 1933 : Une seule application : n° 570 ; succès.

Soit 4 succès sur 17 tentatives, c'est-à-dire 71 % d'échec,

ce qui nous confirme dans l'opinion de Balard ; « le forceps sur une tête non engagée est une opération déplorable s'il y a disproportion entre la tête et le bassin, si bien que, pour les gros enfants, le forceps n'est parfois qu'une basiotripsie déguisée ». En voici une illustration :

*Obs.* (1925, n° 503) : Principare, 32 ans. Transportée à la clinique après échecs de forceps par le médecin, aux dires du mari. Dilatation non complète : on ne sent rien en avant, mais le col bride encore en arrière, malgé deux déchirures ; il est résistant et épais. La tête au détroit supérieur, orientée en O. I. D. P. et mal fléchie, présente une volumineuse bosse sero-sanguine. La nuit s'écoule sans modification : bruits du cœur assez bons. A 9 heures du matin, on décide l'intervention. Morphine, chloroforme. Application du forceps de Demelin : échec. Application du Tarnier : tractions énergiques sans succès ; deuxième prise à peu près identique sans plus de succès. Enfin, après de longues et laborieuses tractions, la tête cependant s'engage légèrement ; avant de tenter la basiotripie, on essaye une rotation manuelle de la tête et une application de forceps en G. T. permet enfin, après une large épisiotomie, d'extraire la tête fœtale... Mort-né de 4.600 gr. Délivrance artificielle. Vérification du segment inférieur : il est intact, mais lésions assez importantes du col et du vagin, parésie vésicale consécutive.

Rejetant le forceps au détroit supérieur, devons-nous recourir à la version par manœuvres internes ? Nous avons déjà conclu que la présentation du siège n'était pas à souhaiter et qu'en particulier, la version podalique provoque presque toujours le relèvement des bras.

Délaissant aussi la version par manœuvres internes, peut-on porter son choix sur la symphyséotomie ? Balard, sans être trop catégorique sur ce point, la rejette : « La pubiotomie a été, depuis quelques années, fort délaissée à cause de sa morbidité, de ses ennuis multiples survenant dans les suites de couches. »

Dès lors, plus qu'une seule ressource : la césarienne basse. Et de même que le diagnostic de gros enfant résulte d'éliminations successives, de même, après éliminations

successives, il résulte que la conduite à tenir en présence d'une tête fœtale non engagée doit être l'intervention par voie haute.

Nous ne pouvons ici, d'après 27 observations recueillies, faire le procès de la technique et des résultats de l'opération césarienne supra-symphysaire, nous tenons seulement à faire remarquer que, sur 27 cas, l'intervention a été posée 12 fois pour « gros enfants, non-engagement de la tête fœtale » ; une observation, entre autres, donnera plus de valeur à cette indication :

*Obs.* (1933, n° 660) : Decipare, 39 ans. HU = 38 cm. Tête très élevée, très ossifiée, débordant ; on fait ½ cc. d'hypophyse sans résultat. M. le Professeur Anderodias conseille la voie haute. T = 39°2. Infection amniotique. Césarienne. Hystérectomie subtotale. Enfant de 4 kg. 250.

Suites opératoires : 8e jour : périphlébite importante de la crosse de la saphène, à droite ; phlébite double.

L'intervention par voie haute est donc indiquée, même en cas d'infection ; on fait alors suivre la césarienne d'une hystérectomie subtotale ; une autre méthode a aussi été préconisée : césarienne basse suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ou opération de Portes. Sans discuter les indications particulières à chacune de ces méthodes, il semble que la première, plus radicale, soit préférable.

Pour mieux faire ressortir la tendance actuelle des accoucheurs, nous citerons les opinions suivantes :

Magalhaës écrit, en 1922, à propos des indications de la césarienne : « Relativement aux accouchements disproportionnés par fœtus volumineux, les conséquences de l'attente et des actes chirurgicaux, quand celle-ci a été vaie, sont encore plus précaires... Dans tous les cas cités, accouchement disproportionné par bassin petit ou fœtus grand, présentation irréductible, je préfère toujours au forceps haut, à la version tardive et à la section du pubis, l'opération césarienne, en évitant ainsi l'opération trans-

pelvienne. Je conserve toutefois, comme dernier hommage à la tradition, l'habitude de tenter sagement le forceps quand le pôle du fœtus est fixé, en évitant toute force et ses préjudices, toute insistance et ses maléfices. »

Balard, en 1928, traduisant par là l'opinion de l'école bordelaise elle-même, se prononce en ces termes : « Si bien que par exclusion et aussi en raison des résultats brillants qu'on en obtient, la césarienne basse, après épreuve du travail, nous paraît l'opération de choix qui sauvegarde le mieux les intérêts de la mère et ceux de l'enfant. Mais, pour nous, l'épreuve du travail n'a d'autre corollaire que l'accouchement spontané ou la césarienne basse. Nous proscrivons, en effet, le forceps en cas de disproportion entre la tête et le bassin et nous ne sommes guère disposé à pratiquer la césarienne supra-symphysaire après tentatives infructueuses d'extraction. »

Nous sommes heureux d'avoir pu tirer de nos recherches à la clinique d'accouchements de Bordeaux des conclusions identiques.

# OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE BORDEAUX

**1923-1934**

## Service de Monsieur le Professeur RIVIÈRE

## Année 1924

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 47 | 4.340 | F | 36 | III | HU = 38 cm. Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 52 | 4.200 | M | 27 | I | Hypertension. Etat prééclamptique sans albuminurie. |
| 60 | 4.065 | M | 34 | IV | HU = 36 cm. B. W. +. |
| 63 | 4.000 | M | 18 | I | Siège. Bras non relevés. Mauriceau facile. |
| 96 | 4.150 | F | 28 | V | |
| 106 | 4.250 | M | 20 | I | |
| 109 | 4.050 | M | 31 | III | HU = 36 cm. Circulaire très serré autour du cou. |
| 110 | 4.200 | M | 20 | II | Siège. Forceps sur tête dernière. Enfant mort. |
| 116 | 4.120 | M | 24 | II | |
| 126 | 4.100 | F | 38 | IV | Obésité. Abdomen très développé. Ventre en obusier. |
| 141 | 4.100 | F | 26 | V | HU = 37 cm. Liquide amniotique très abondant. |
| 198 | 4.170 | F | 21 | II | |
| 201 | 4.000 | M | 37 | II | Mictions très fréquentes. |
| 205 | 4.100 | M | 34 | II | |
| 212 | 4.000 | F | 24 | I | |
| 215 | 4.275 | F | 26 | IV | HU = 36 cm. Gros enfants antérieurs. |
| 256 | 4.700 | M | 24 | II | HU = 38 cm. |
| 283 | 4.000 | M | 23 | III | HU = 36 cm. |
| 328 | 4.100 | F | 22 | I | Liquide amniotique très abondant. |
| 331 | 4.160 | F | 21 | III | |
| 365 | 4.000 | M | 21 | II | |
| 384 | 4.240 | F | 24 | III | |
| 387 | 4.360 | F | 28 | II | HU = 38 cm. Inertie utérine. Pituitrine. |
| 403 | 4.200 | F | 32 | III | Rétention des membranes. |
| 412 | 4.010 | F | 32 | V | |
| 422 | 4.000 | M | 22 | II | |
| 430 | 4.000 | M | 27 | IV | Rupture des membranes pour activer le travail. |
| 452 | 4.500 | M | 34 | II | Fibrome. HU = 41 cm. B. W. +. |
| 455 | 4.120 | M | 28 | I | |
| 461 | 4.260 | M | 37 | IV | HU = 40 cm. |
| 469 | 4.100 | F | 23 | I | |
| 480 | 4.200 | M | 24 | II | |
| 512 | 4.350 | M | 22 | I | |
| 540 | 4.080 | M | 27 | III | |
| 567 | 4.000 | F | 19,5 | II | HU = 37 cm. |
| 577 | 4.400 | F | 35 | XI | Pyelonéphrite. Forceps. Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 586 | 4.000 | M | 21 | I | |
| 598 | 4.000 | F | 19 | I | |
| 599 | 4.070 | M | 28 | II | Inertie utérine. Rétropituitrine. |
| 614 | 4.150 | F | 25 | II | |
| 632 | 4.100 | M | 25 | IV | HU = 41 cm. |
| 633 | 4.040 | M | 28 | II | HU = 36 cm. Col dilaté pendant la grossesse. |
| 634 | 4.620 | M | 24 | IV | HU = 37 cm. |
| 644 | 4.200 | F | 22 | III | HU = 37 cm. Bassin justo-minor. Forceps. |
| 650 | 4.500 | M | 30 | IV | HU = 38 cm. |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 660 | 4.150 | F | 34 | III | Front. Version par manœuvres internes après échec du forceps. Procidence du cordon. Forceps sur tête dernière. Mort-né. Endométrite. |
| 662 | 4.200 | F | 27 | I | Forceps pour lenteur d'expulsion. |
| 701 | 4.610 | M | 27 | III | Epaule. Version — Siège. Mort apparente. Non ranimé. |
| 738 | 4.130 | F | 21 | II | HU = 36 cm. |
| 761 | 4.000 | M | 29 | II | |
| 762 | 4.000 | M | 20 | I | Forceps. Déchirure du périnée. |
| 772 | 4.010 | M | 33 | II | HU = 36 cm. |
| 787 | 4.100 | M | 28 | IV | HU = 36 cm. Bacillose pulmonaire. |
| 788 | 4.060 | M | 27 | III | |
| 831 | 4.130 | F | 21 | I | Utérus antéversé. Délivrance artificielle. |

## Année 1925

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 23 | 4.780 | F | 31 | III | Gros enfants antérieurs. HU = 42 cm. Siège. Version par manœuvres externes. Dilatation à l'aide d'un ballon. |
| 38 | 4.000 | F | 24 | IV | Spécificité héréditaire traitée pendant 3 ans. |
| 39 | 4.100 | M | 20 | I | Syphilis contractée au cours de la grossesse. Accidents secondaires. Enfant mort au 38e jour de broncho-pneumonie. |
| 122 | 4.260 | M | 22 | III | Hémorragie de la délivrance. |
| 129 | 4.120 | M | 32 | V | |
| 136 | 4.500 | F | 25 1/2 | I | HU = 36 cm. |
| 140 | 4.310 | M | 31 | IV | HU = 38 cm. |
| 157 | 4.000 | M | 38 | VI | Siège. Version par manœuvres externes. HU = 36 cm. Forceps. |
| 162 | 4.035 | M | 26 | II | Forceps. Curage digital. |
| 175 | 4.000 | F | 21 | II | |
| 176 | 4.300 | F | 21 | III | |
| 186 | 4.360 | M | 22 | I | |
| 191 | 4.000 | M | 20 | I | |
| 215 | 4.000 | F | 36 | V | |
| 220 | 4.180 | M | 21 | II | |
| 236 | 4.710 | M | 21 | I | HU = 37 cm. Forceps. Shok considérable. |
| 277 | 4.180 | F | 33 | XI | Epaule. Version par manœuvres externes. Sommet. |
| 280 | 4.100 | M | 22 | I | Spécificité contemporaine à la conception. Forceps. Délivrance artificielle. |
| 330 | 4.000 | F | 25 | II | |
| 333 | 4.000 | M | 21 | I | |
| 366 | 4.765 | M | 28 | III | HU = 42 cm. |
| 382 | 4.120 | F | 28 | III | |
| 387 | 4.000 | F | 22 | II | Siège. Version par manœuvres externes : Sommet. Forceps. |
| 399 | 4.210 | F | 26 | I | Tête très ossifiée. Dilatation manuelle. Forceps. Episiotomie. Mort apparente. Non ranimé. |
| 406 | 4.000 | M | 16 1/2 | I | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 414 | 4.020 | M | 22 | I | HU = 37 cm. |
| 417 | 4.075 | M | 26 | II | |
| 418 | 4.160 | M | 28 | III | Placenta prœvia. Accouchement normal. |
| 467 | 4.440 | F | 26 | I | Forceps. Dystocie des épaules. Délivrance spontanée. Hémorragie. |
| 478 | 4.050 | F | 22 | III | HU = 35 cm. |
| 502 | 4.620 | M | 30 | VI | Hémorragie avant la délivrance. |
| 503 | 4.600 | M | 32 | I | HU = 37 cm. Forceps au D, S. — Dystocie des épaules. Mort-né. Délivrance artificielle. |
| 528 | 4.610 | M | 44 | III | HU = 36 cm. |
| 538 | 4.130 | F | 38 | IX | |
| 544 | 4.000 | M | 27 | II | Ventre globuleux. |
| 546 | 4.200 | M | 26 | IV | |
| 554 | 4.000 | F | 24 | I | Tête ossifiée. Dilatation unimanuelle. Basiotripsie. Dystocie des épaules. Délivrance artificielle. Infection puerpuérale basse. |
| 557 | 4.700 | M | 30 | V | HU = 35 cm. |
| 594 | 4.400 | M | 32 | III | Placenta = 490 gr. |
| 595 | 4.000 | F | 21 | II | |
| 598 | 4.200 | M | 25 | IV | |
| 613 | 4.200 | F | 29 | II | Face. Rupture artificielle des membranes. Transformation spontanée en front. Versions par manœuvres internes. Hémorragie méningée. |
| 622 | 4.300 | F | 27 | IV | |
| 625 | 4.260 | F | 34 | VIII | HU = 45 cm. |
| 633 | 4.150 | M | 24 | II | |
| 639 | 4.260 | M | 29 | I | Forceps au D. S. Infection amniotique. Mort-né. |
| 654 | 4.150 | M | 21 | I | |
| 682 | 4.450 | F | 22 | II | HU = 35 cm. |
| 723 | 4.440 | M | 24 | I | HU = 36 cm. Forceps au D. S. |
| 751 | 4.050 | M | 39 | II | Bassin aplati. Laterocidence du cordon. Basiotripsie. |
| 756 | 4.485 | F | 34 | IX | Gros enfants antérieurs. Albuminurie. Inertie utérine. Hypophyse. Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 765 | 4.940 | M | 19 | I | HU = 42 cm. Latérocidence du cordon. Forceps. Dystocie des épaules. Hémorragie. Délivrance artificielle. Mort-né. |
| 771 | 4.400 | M | 24 | II | |
| 785 | 5.300 | F | 30 | IV | |
| 808 | 4.020 | F | 32 | II | |
| 818 | 4.020 | M | 23 | I | |
| 834 | 4.000 | F | 21 | III | |
| 839 | 4.730 | M | 28 | III | HU = 38 cm. Dystocie des épaules. |
| 850 | 4.100 | M | 34 | V | |
| 859 | 4.185 | M | 31 | VII | HU = 38 cm. |
| 872 | 4.100 | M | 22 | IV | Rupture prématurée des membranes. Dilatation au ballon. Echec du forceps. Version par manœuvres internes. Dystocie par relèvement des bras. Mort-né. Délivrance artificielle. |

## Année 1926

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 2 | 4.200 | F | 26 | I | Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 30 | 4.650 | F | 32 | V | |
| 37 | 4.030 | F | 23 | I | HU = 38 cm. |
| 44 | 4 230 | M | 27 | III | Sypbilis probable. Traitement spécifique. Dystocie des épaules. Fracture de l'humérus. |
| 52 | 4.120 | M | 24 | IV | |
| 53 | 4.380 | M | 33 | II | |
| 76 | 4.100 | M | 46 | | Fibrome. Forceps au D. S. Enfoncement du frontal. |
| 89 | 4.200 | M | 16 | I | Rupture artificielle des membranes pour dilatation stationnaire. |
| 101 | 4.200 | M | 28 | I | Bassin rétréci canaliculé. Césarienne. |
| 109 | 4.000 | M | 33 | VIII | |
| 110 | 4.100 | M | 26 | II | |
| 151 | 4.840 | M | 29 | II | |
| 153 | 4 000 | M | 23 | II | Placenta douteux. Révision utérine. |
| 203 | 4.250 | M | 23 | I | HU = 35 cm. |
| 216 | 4.000 | M | 27 | V | |
| 217 | 4.050 | F | 33 | I | Bassin rétréci. Césarienne. |
| 232 | 4.350 | F | 25 | III | Césarienne. |
| 264 | 4.000 | F | 25 | III | |
| 274 | 4.900 | M | 42 | IV | HU = 36 cm. |
| 299 | 4.120 | F | 32 | II | Bassin limité. Césarienne. Phlébite gauche. |
| 302 | 4.160 | M | 24 | III | HU = 39 cm. Cordon = 1 m. 40. |
| 308 | 4.200 | M | 21 | II | HU = 38 cm. |
| 322 | 4.340 | M | 24 | II | HU = 35 cm. |
| 336 | 4.215 | F | 22 | I | HU = 35 cm. |
| 347 | 4.020 | M | 31 | II | |
| 356 | 4.000 | M | 28 | III | |
| 374 | 4.160 | F | 22 | I | |
| 378 | 4.740 | M | 30 | VI | |
| 393 | 4.000 | M | 26 | IV | HU = 36 cm. |
| 423 | 4.960 | M | 28 | V | |
| 431 | 4.000 | F | 31 | III | HU = 38 cm. |
| 439 | 4.100 | F | 26 | III | Luxation congénitale double. Echec du forceps. Version par manœuvres internes pour procidence du cordon. Mort-né. |
| 467 | 4.580 | M | 29 | II | Cardiopathie. Forceps. Hémorragie. Délivrance artificielle. Shok. Périmétrite avec annexite. |
| 470 | 4.460 | M | 32 | VIII | |
| 491 | 4.080 | F | 27 | I | HU = 38 cm. |
| 495 | 4.100 | F | 22 | II | |
| 496 | 4.500 | M | 22 | I | Bassin rétréci. HU = 42 cm. Accouchement normal. Cordon court = 30 cm. |
| 515 | 4.000 | M | 35 | V | HU = 42 cm. Obèse. Accouchement prématuré à 8 mois et demi. |
| 553 | 4.600 | F | 43 | VI | Diabète. Accouchement normal. |
| 565 | 4.180 | F | 40 | XIII | |
| 579 | 4.000 | F | 25 | II | |
| 585 | 4.000 | F | 26 | III | |
| 610 | 4.050 | M | 23 | I | Légère hémorragie. |
| 643 | 4.000 | M | 30 | II | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sex | Age | Parité | |
| 658 | 4.360 | M | 36 | IV | |
| 672 | 4.120 | M | 26 | II | |
| 673 | 4.210 | M | 25 | II | HU = 39 cm. |
| 674 | 4.040 | M | 29 | I | HU = 36 cm. |
| 707 | 4.400 | M | 28 | II | |
| 732 | 4.120 | F | 37 | III | HU = 38 cm. |
| 759 | 4.090 | M | 25 | II | |
| 774 | 4.000 | M | 33 | III | |
| 784 | 4.520 | M | 29 | VI | Polyléthalité infantile. |
| 827 | 4.060 | M | 28 | II | Bassin rétréci. Légère hémorragie. |
| 841 | 4.520 | F | 19 | I | |
| 859 | 4.550 | M | 30 | IV | |
| 863 | 4.070 | M | 23 | III | |
| 867 | 4.000 | F | 34 | V | |
| 879 | 4.580 | M | 34 | VI | Cordon = 1 m. Deux circulaires du cou. |

## Année 1927

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 31 | 4.410 | M | 35 | V | |
| 41 | 4.030 | F | 22 | II | |
| 144 | 4.200 | M | 40 | VII | Polyléthalité infantile. |
| 183 | 4.000 | F | 25 | II | |
| 197 | 4.070 | F | 21 | I | Endométrite du post-partum. |
| 230 | 4.450 | M | 41 | VI | Inertie utérine. Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 231 | 4.200 | M | 30 | VI | B. W. +. Pollakyurie intense. |
| 272 | 4.100 | M | 32 | II | |
| 279 | 4.160 | F | 35 | VI | Front. Transformation spontanée en Face. Rotation pénible de la tête au détroit inférieur. |
| 293 | 4.060 | M | 30 | I | Forceps au détroit inférieur. |
| 295 | 4.000 | F | 30 | V | |
| 309 | 4.000 | F | 25 | II | |
| 324 | 4.070 | M | 29 | I | B. W. +. Accidents spécifiques primaires l'année précédente. |
| 336 | 4.020 | M | 17 | I | Abdomen développé. Pollakyurie légère |
| 369 | 5.000 | M | 23 | II | |
| 373 | 4.600 | M | 28 | VII | |
| 381 | 4.000 | M | 27 | I | Pollakyurie, œdème des membres inférieurs. Forceps. |
| 398 | 4.050 | M | 30 | II | |
| 413 | 4.100 | M | 21 | II | Forceps. Hémorragie méningée. |
| 416 | 4.200 | F | 34 | XI | |
| 424 | 4.470 | F | 34 | III | Gros enfants antérieurs. |
| 443 | 4.200 | M | 22 | II | |
| 453 | 4.240 | F | 25 | I | Forceps. Episiotomie. |
| 497 | 4.200 | M | 24 | II | B. W. +. Traitement spécifique. |
| 507 | 4.000 | M | 27 | IV | |
| 542 | 4.820 | M | 28 | V | B. W. du mari +. Traitement spécifique. Forceps au D. S. Mort-né. |
| 546 | 4.270 | M | 32 | III | |
| 558 | 4.020 | F | 30 | V | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 563 | 4.220 | M | 23 | I | |
| 579 | 4.000 | F | 25 | I | Siège. Version par manœuvres externes. Front. Forceps. |
| 591 | 4.300 | F | 24 | III | |
| 596 | 4.600 | M | 24 | IV | Syphilis probable, traitée. |
| 597 | 4.290 | M | 29 | II | Forceps au D. S. Tête très ossifiée. |
| 601 | 4.060 | M | 24 | V | Spécificité probable. |
| 610 | 4.050 | M | 32 | IV | Spécificité probable traitée. |
| 624 | 4.070 | M | 26 | VI | |
| 649 | 4.100 | F | 25 | I | |
| 654 | 4.000 | M | 17 | I | |
| 662 | 4.650 | M | 37 | II | Antécédents tuberculeux. |
| 672 | 4.900 | F | 30 | IV | |
| 682 | 4.230 | M | 35 | IV | Forceps. |
| 688 | 4.080 | M | 28 | II | B.-W. +. |
| 694 | 4.100 | M | 19 | I | |
| 697 | 4.030 | F | 33 | II | |
| 714 | 4.100 | M | 21 | II | Gros enfant antérieur. Dystocie des épaules. Hémorragie méningée. |
| 741 | 4.000 | M | 20 | II | Forceps. |
| 744 | 4.570 | F | 29 | V | |
| 756 | 4.120 | M | 20 | I | |
| 763 | 4.180 | M | 28 | III | |
| 775 | 4.040 | F | 36 | IV | |
| 779 | 4.150 | M | 24 | III | B.-W. +. Traitement spécifique. |
| 781 | 4.100 | F | 24 | II | |
| 784 | 4.400 | M | 32 | V | |
| 818 | 4.360 | M | 35 | II | Diabète. HU = 58 cm. Accouchement prématuré provoqué. Décès de l'enfant. Placenta = 1.100. |
| 820 | 5.600 | M | 42 | [illegible] I | Mort et macéré. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 822 | 4.180 | M | 22 | II | |
| 826 | 4.670 | M | 27 | III | Gros enfant antérieur. |
| 827 | 4.670 | F | 26 | II | |
| 832 | 4.570 | M | 35 | III | |
| 850 | 4.210 | M | 17 | I | |
| 852 | 4.560 | M | 34 | VII | |
| 869 | 4.300 | F | 32 | VIII | Inertie utérine. Forceps au D. S. Mort-né. Décès de la mère au 5e jour : péritonite purulente. |
| 873 | 4.030 | F | 24 | II | |
| 883 | 4.500 | M | 29 | V | |
| 922 | 4.080 | F | 31 | VI | Siège. Accouchement spontané. |
| 926 | 4.130 | M | 21 | I | Décès de l'enfant 4 heures après. |
| 927 | 4.540 | F | 38 | VIII | |
| 954 | 4.090 | M | 31 | V | |

## Service de Monsieur le Professeur ANDERODIAS

## Année 1928

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 21 | 4.325 | M | 27 | II | |
| 33 | 4.180 | M | 30 | IV | |
| 35 | 4.110 | M | 32 | V | |
| 50 | 4.070 | M | 17 | I | Ventre volumineux. |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 53 | 4.000 | F | 19 | I | Expulsion 5 minutes. Délivrance naturelle sansdou leur. |
| 96 | 4.000 | M | 28 | II | |
| 98 | 4.490 | M | 21 | II | Rétention placentaire. Infection puerpuérale. Psychose puerpuérale. |
| 114 | 4.110 | M | 22 | II | |
| 161 | 4.100 | M | 23 | IV | B.-W. +. Traitement spécifique. |
| 169 | 4.230 | F | 20 | II | Bassin rétréci. Accouchement normal. |
| 184 | 4.300 | F | 46 | XI | Gros enfants habituels. |
| 197 | 4.430 | M | 21 | II | Forceps. |
| 202 | 4.500 | F | 26 | III | Albuminurie. |
| 245 | 4.290 | M | 22 | II | |
| 249 | 4.020 | F | 24 | II | |
| 284 | 4.200 | M | 39 | IV | |
| 285 | 4.170 | M | 20 | III | Forceps. Latérocidence du cordon. |
| 298 | 4.500 | M | 23 | III | |
| 310 | 4.000 | M | 25 | IV | |
| 330 | 4.600 | F | 22 | I | Forceps. Episiotomie. Léger shok. |
| 335 | 4.220 | F | 23 | III | Forceps. Episiotomie. |
| 366 | 4.030 | F | 24 | V | Siège. Version par manœuvres externes. |
| 370 | 4.500 | F | 36 | III | Dystocie des épaules. |
| 385 | 4.070 | M | 28 | VII | |
| 419 | 4.360 | M | 24 | » | |
| 434 | 4.150 | M | 34 | II | |
| 445 | 4.200 | F | 31 | III | |
| 457 | 4.220 | M | 35 | VI | |
| 461 | 4.740 | F | 30 | III | HU = 44 cm. Grossesse prolongée. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 462 | 4.000 | M | 37 | VIII | |
| 476 | 4.500 | M | 36 | XII | |
| 486 | 4.100 | M | 23 | II | |
| 513 | 4.150 | M | 26 | II | |
| 524 | 4.200 | M | 23 | IV | Spécificité probable. Traitement. |
| 539 | 4.500 | M | 26 | II | |
| 549 | 4.700 | F | 36 | XII | Phlébite variqueuse. |
| 551 | 4.200 | F | 26 | II | Forceps. |
| 575 | 4.600 | F | 25 | II | |
| 576 | 4.400 | M | 20 | II | |
| 610 | 4.000 | M | 28 | III | |
| 623 | 4.000 | M | 22 | I | |
| 672 | 4.100 | M | 34 | V | |
| 674 | 4.180 | M | 32 | IV | |
| 692 | 4.120 | M | 37 | V | Rétention d'urine après accouchement. |
| 703 | 4.100 | F | 21 | III | Inertie utérine. Forceps. |
| 704 | 4.000 | F | 28 | I | Forceps. Déchirure complète du périnée. |
| 705 | 4.450 | F | 39 | X | Forceps. Dystocie des épaules. Paralysie du plexus brachial. Hémorragie. Délivrance artificielle. |
| 708 | 4.000 | M | 39 | X | |
| 711 | 4.020 | M | 21 | III | Procidence du cordon. Version par manœuvres internes. Hydramnios. Phlegmon du ligament large. Phlébite. |
| 717 | 4.930 | F | 30 | VII | |
| 718 | 4.080 | M | 22 | I | |
| 721 | 4.120 | F | 17 | I | Rétention d'urine après l'accouchement. |
| 723 | 4.200 | M | 23 | III | |
| 727 | 4.000 | M | 31 | III | Bassin rétréci. Césarienne itérative. |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 743 | 4.250 | F | 30 | IV | Rétention d'urine après l'accouchement. |
| 753 | 5.200 | F | 23 | III | Forceps. Echec. Procidence de la main. Version par manœuvres internes. Décès de l'enfant 48 h. après. |
| 755 | 4.110 | F | 32 | V | |
| 764 | 4.500 | M | 31 | IV | |
| 765 | 4.100 | M | 26 | IV | |
| 788 | 4.000 | M | 20 | I | |
| 803 | 4.300 | F | 38 | V | |
| 806 | 4.040 | M | 38 | IV | Forceps. |
| 869 | 4.000 | M | 37 | II | Gros fibrome utérin. Accouchement normal. |
| 873 | 4.150 | M | 21 | I | Albumine au 3e mois malgré régime lacté. |

## Année 1929

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 6 | 4.440 | M | 32 | I | Hypertonie utérine. Morphine. Radiographie à 7 mois. HU = 45 cm. Tête ossifiée. Forceps. Mort-né. |
| 9 | 4.080 | M | 32 | I | Forceps. Episiotomie. |
| 23 | 4.800 | M | 29 | III | HU = 38 cm. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 73 | 4.130 | M | 26 | II | Siège. Expulsion spontanée. Phlegmon du ligament large. |
| 138 | 4.000 | M | 17 | I | HU = 40 cm. Bassin rétréci. Césarienne. Lymphangite utérine. |
| 146 | 4.250 | F | 36 | VII | |
| 153 | 4.000 | F | 32 | I | Siège. Version par manœuvres externes. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 176 | 4.100 | F | 32 | II | |
| 232 | 4.220 | F | 31 | V | |
| 239 | 4.000 | M | 29 | II | Forceps au D. S. Echec. Basiotripsie. |
| 256 | 4.340 | M | 21 | III | |
| 267 | 4.200 | F | 30 | IV | Traitement spécifique. HU = 38 cm. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 288 | 4.000 | M | 33 | IV | Forceps. |
| 292 | 4.000 | M | 25 | II | Subinvolution utérine. |
| 339 | 4.120 | F | 24 | I | |
| 341 | 4.350 | M | 35 | VI | Hémorragie. Délivrance artificielle |
| 350 | 4.350 | F | 39 | X | Spécificité traitée. Rétention d'urine. |
| 354 | 4.120 | F | 23 | I | Forceps. Infection puerpuérale. |
| 357 | 4.335 | M | 43 | XI | Rétention d'urine. |
| 381 | 4.050 | M | 19 | II | |
| 398 | 4.800 | M | 31 | VI | HU = 42 cm. |
| 404 | 4.600 | M | 27 | IV | HU = 37 cm. Forceps. |
| 422 | 4.180 | M | 22 | II | Annexite des suites de couches. |
| 439 | 4.425 | M | 26 | V | HU = 40 cm. Forceps. |
| 445 | 4.110 | M | 21 | I | Eclampsie. Forceps |
| 448 | 4.580 | M | » | I | Forceps. Episiotomie. |
| 460 | 4.020 | F | 31 | I | |
| 469 | 4.330 | M | 20 | II | Placenta = 1.030 gr. |
| 479 | 4.100 | F | 32 | IV | Cordon = 1 m. 25. |
| 503 | 4.020 | F | 20 | I | Infection vaginale. |
| 522 | 4.130 | F | 24 | V | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 541 | 4.120 | F | 31 | IV | |
| 571 | 4.100 | M | 19 | I | Lenteur du travail. |
| 575 | 4.240 | F | 20 | I | |
| 583 | 4.130 | M | 25 | IV | |
| 590 | 4.000 | M | 20 | II | |
| 594 | 4.000 | M | 19 | I | |
| 602 | 4.300 | M | 23 | III | |
| 624 | 4.000 | F | 36 | II | |
| 652 | 4.200 | F | 21 | II | |
| 664 | 4.000 | M | 28 | II | Bassin rétréci. Césarienne. |
| 667 | 4.050 | F | 39 | IV | Œdème de la lèvre antérieure du col. Forceps. |
| 670 | 4.025 | M | 26 | II | Forceps. |
| 671 | 4.000 | M | 23 | IV | |
| 684 | 4.030 | M | 25 | V | Forceps. |
| 691 | 4.200 | F | 30 | I | Nodule fibromateux. Accouchement spontané. Phlébite variqueuse. |
| 698 | 4.120 | F | 38 | V | |
| 699 | 4.020 | F | 29 | III | |
| 709 | 4.100 | F | 27 | III | |
| 724 | 4.340 | M | 33 | II | B. W. +. |
| 732 | 4.010 | F | 25 | III | Forceps. |
| 736 | 4.070 | F | 21 | I | Luxation congénitale de la hanche. Accouchement normal |
| 744 | 4.300 | F | 21 | III | Phlegmon du ligament large. Mort subite de la mère : Myocardite. |
| 747 | 4.000 | F | 41 | VI | |
| 754 | 4.160 | F | 23 | I | Décès de la mère au 19e jour. Péritonite. |
| 767 | 4.080 | M | 32 | VI | HU = 35 cm. |
| 793 | 4.110 | M | 23 | II | Douleurs lombaires intenses. |
| 798 | 4.000 | F | 21 | I | |
| 801 | 4.120 | M | 28 | I | Phlegmon du ligament large. |
| 822 | 4.000 | F | 31 | V | |
| 868 | 4.100 | F | 19 | II | Bassin rétréci. Accouchement spontané. |
| 910 | 4.110 | F | 23 | II | |

## Année 1930

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 4 | 4.200 | M | 24 | I | Forceps. Dystocie des épaules. Paralysie du plexus brachial. |
| 19 | 4.030 | M | 24 | IV | Hémorragie après la délivrance. |
| 24 | 4.300 | M | 30 | III | |
| 24 | 4.200 | F | 32 | III | HU = 38 cm. Révision utérine pour curage digital. |
| 60 | 4.050 | F | 18 | I | |
| 94 | 4.370 | M | 35 | II | Forceps. |
| 111 | 4.150 | M | 27 | III | Rétention d'urine. |
| 125 | 4.100 | M | 31 | I | HU = 40 cm. |
| 131 | 4.170 | F | 20 | I | Lymphangite utérine. |
| 146 | 4.100 | F | 36 | II | |
| 187 | 4.100 | M | 24 | III | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 218 | 4.000 | M | 22 | III | Vomissements. Dyspnée. Palpitations. HU = 36 cm. |
| 220 | 4.350 | F | 44 | XI | B.-W. +. Forceps. Dystocie des épaules. Hémorragie. Délivrance artificielle. Shok. |
| 223 | 4.025 | F | 31 | I | Bassin limité. Epreuve du travail. Accouchement spontané. |
| 225 | 4.150 | M | 30 | III | Gros enfants antérieurs. |
| 230 | 4.225 | M | 16 | I | Forceps. |
| 234 | 4.260 | M | 31 | II | Forceps. |
| 284 | 5.000 | F | 25 | I | HU = 40 cm. Epaule. Version par manœuvres internes. Délivrances artificielle p. révision utérine. |
| 289 | 4.140 | M | 20 | I | Face. Forceps. |
| 297 | 4.800 | M | 29 | II | |
| 304 | 4.720 | M | 11 | IX | |
| 309 | 4.000 | M | 23 | II | |
| 339 | 4.190 | M | 22 | III | |
| 351 | 4.420 | M | 21 | IV | |
| 393 | 1.835 | M | 29 | II | HU = 35 cm. Hypertonie utérine. Forceps. Dystocie des épaules. Paralysie du plexus brachial. |
| 403 | 1.140 | M | 25 | V | Légère pollakyurie. HU = 38 cm. |
| 420 | 4.150 | F | 36 | VI | |
| 430 | 4.140 | F | 29 | I | Ancienne laparotomisée. Accouchement spontané. |
| 432 | 1.010 | F | 27 | VIII | |
| 435 | 4.165 | F | 24 | II | Syphilis probable. Traitement. |
| 444 | 4.000 | F | 24 | II | |
| 454 | 1.550 | M | 23 | I | HU = 37 cm. Dilatation stationnaire. Hypertonie utérine. Morphine. Durée du travail : 29 heures. Forceps. |
| 456 | 1.100 | M | 38 | IV | Forceps. |
| 477 | 4.380 | M | 20 | II | |
| 488 | 4.070 | M | 38 | VIII | |
| 496 | 4.200 | F | 35 | IV | HU = 40 cm. Forceps. Dystocie des épaules. Parésie plexus brachial. |
| 499 | 1.640 | M | 21 | I | Forceps. Dystocie des épaules. |
| 507 | 4.200 | M | 33 | II | |
| 552 | 4.020 | M | 27 | III | Siège. Echec de version pendant la grossesse. |
| 554 | 1.160 | M | 33 | II | Procédence du cordon. Basiotripsie. Vérification utérine. Hémorragie légère. |
| 597 | 1.220 | M | 20 | I | |
| 602 | 1.100 | F | 22 | II | Siège décomplété irréductible. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 622 | 4.075 | M | 19 | II | |
| 625 | 1.120 | M | 38 | VI | Spécificité probable traitée. |
| 655 | 4.330 | F | 28 | I | Forceps. |
| 673 | 4.050 | M | 20 | I | Hypertonie utérine. Morphine. |
| 677 | 4.240 | M | 37 | II | |
| 692 | 4.030 | F | 27 | V | |
| 700 | 4.540 | M | 26 | V | |
| 708 | 1.160 | M | 27 | II | Forceps. |
| 718 | 1.115 | M | 19 | I | |
| 745 | 4.070 | F | 24 | VI | Bacillaire. Hémorragie de la délivrance. |
| 746 | 4.120 | M | 21 | II | |
| 768 | 4.000 | F | 27 | II | |
| 786 | 4.000 | F | 26 | IV | |
| 787 | 1.430 | M | 23 | IV | Père traité au dispensaire. |
| 790 | 4.140 | F | 22 | III | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 793 | 4.120 | F | 24 | I | Forceps. Episiotomie. |
| 811 | 4.020 | M | 26 | III | Epaule. Version par manœuvres internes. Fracture de l'humérus. Révision utérine. |
| 818 | 4.060 | M | 28 | IV | |
| 820 | 4.000 | F | 44 | XI | Inertie utérine à dilatation complète. Hypophyse. |
| 828 | 4.100 | M | 32 | IV | |
| 829 | 4.000 | M | 30 | I | Forceps au D. S. Basiotripsie. |
| 837 | 4.520 | M | 23 | III | Dystocie des épaules. |
| 845 | 4.130 | M | 25 | III | Traitement spécifique. Enfant mort au 3e jour. |
| 851 | 4.000 | F | 41 | V | |
| 857 | 4.260 | M | 24 | III | |
| 870 | 4.000 | M | 19 | I | |
| 913 | 4.020 | M | 21 | I | |
| 924 | 4.000 | M | 29 | V | |
| 951 | 4.020 | F | 24 | II | |
| 957 | 4.250 | F | 34 | VI | |
| 962 | 4.350 | F | 34 | IV | |

## Année 1931

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 34 | 5.050 | F | 22 | V | |
| 44 | 4.180 | M | 30 | II | |
| 64 | 4.900 | F | 31 | II | Césarienne. Enfant mort et macéré. |
| 78 | 4.480 | M | 18 | II | |
| 84 | 5.030 | F | 38 | III | |
| 90 | 4.080 | F | 26 | III | |
| 130 | 4.050 | M | 18 | II | |
| 138 | 4.270 | F | 33 | II | Shok obstétrical. |
| 143 | 4.380 | F | 33 | III | B. W. +. |
| 187 | 4.100 | F | 23 | II | B. W. +. Traitement spécifique. |
| 188 | 4.000 | F | 36 | IV | |
| 215 | 4.200 | M | 25 | I | HU = 37 cm. Front. Césarienne. |
| 219 | 4.550 | F | 24 | II | |
| 221 | 4.030 | M | 26 | III | |
| 263 | 4.320 | M | 30 | VII | Forceps. |
| 282 | 4.300 | M | 33 | VI | Dyspnée. Douleurs précordiales. HU = 35 cm. |
| 287 | 4.050 | M | 25 | II | |
| 293 | 4.000 | M | 32 | II | Obèse. Rétention presque complète du chorion. |
| 329 | 4.040 | F | 38 | V | HU = 38 cm. |
| 353 | 4.625 | F | 27 | II | HU = 38 cm. |
| 368 | 5.000 | M | 33 | VI | HU = 37 cm. |
| 375 | 4.500 | M | 31 | » | HU = 40 cm. Forceps. Déchirure du périnée. |
| 378 | 4.300 | M | 27 | IX | Front. Pollakyurie. Œdème des membres inférieurs. Inertie utérine. Hypophyse. |
| 384 | 4.300 | M | 24 | II | HU = 38 cm. |
| 386 | 4.000 | F | 19 | I | |
| 427 | 4.580 | F | 39 | III | Front. Utérus anteversé. Césarienne. |
| 155 | 4.200 | M | 39 | IV | Siège décomplété. Grande extraction. |
| 459 | 4.175 | M | 28 | II | |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 460 | 4.100 | M | 33 | II | Epaule. Fibrome. Version par manœuvres externes. Accouchement spontané. |
| 466 | 4.490 | F | 30 | IV | |
| 479 | 4.300 | M | 22 | III | |
| 492 | 4.100 | M | 30 | V | HU = 35 cm. Forceps. |
| 536 | 4.020 | F | 24 | II | Céphalées. Albuminurie. Œdème des membres inférieurs. Douleurs lombaires. |
| 547 | 4.045 | F | 30 | IV | Epaule. Version par manœuvres externes. |
| 552 | 4.120 | M | 28 | III | |
| 560 | 4.200 | M | 24 | I | |
| 595 | 4.620 | M | 30 | VII | Dystocie des épaules. |
| 662 | 4.730 | F | 31 | II | HU = 40 cm. |
| 665 | 4.100 | M | 23 | II | |
| 705 | 4.100 | F | 31 | II | HU = 36 cm. Hypertonie utérine. Morphine. Mort-né. |
| 735 | 4.150 | M | 20 | II | HU = 40 cm. |
| 776 | 4.150 | M | 28 | II | HU = 35 cm. |
| 778 | 4.300 | F | 39 | IX | |
| 782 | 4.310 | F | 28 | III | |
| 789 | 4.700 | F | 26 | III | Dystocie des épaules. |
| 804 | 4.100 | M | 20 | I | HU = 41 cm. B.-W. +. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 830 | 4.000 | M | 22 | II | |
| 865 | 4.150 | M | 21 | I | Siège. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 881 | 4.500 | M | 27 | IV | |
| 885 | 4.200 | M | 22 | I | HU = 36 cm. Inertie utérine. Forceps au D. S. |
| 930 | 4.410 | M | 34 | II | HU = 41 cm. Gros enfant antérieur. |
| 931 | 4.150 | F | 27 | VIII | HU = 41 cm. |
| 941 | 4.400 | F | 37 | VIII | HU = 36 cm. B.-W. +. Echec forceps au D. S. Version par manœuvres internes. Dystocie des bras. Enfant mort. |
| 965 | 4.200 | M | 24 | II | HU = 39 cm. |
| 969 | 4.335 | M | 39 | I | Polyurie. Pollakyurie. HU = 37 cm. |

## Année 1932

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 12 | 4.000 | M | 18 | I | HU = 35 cm. Bassin rétréci. Infection amniotique. Césarienne. |
| 60 | 4.200 | F | 39 | II | |
| 64 | 4.000 | M | 35 | I | HU = 39 cm. Forceps. Décès de l'enfant. |
| 69 | 4.360 | F | 29 | II | |
| 77 | 4.440 | F | 21 | II | |
| 81 | 4.000 | M | 37 | I | Obésité. Forceps au D. S. Hémorragie méningée. Mort. |
| 100 | 4.740 | F | 41 | XI | Syphilis probable. |
| 102 | 4.000 | F | 35 | III | HU = 36 cm. |
| 122 | 4.000 | M | 23 | II | B.-W. +. Traitement spécifique. HU = 43 cm. |
| 125 | 4.600 | M | 32 | II | Epaule. Version par manœuvres externes. Forceps. Hémorragie méningée. |
| 126 | 4.030 | M | 32 | III | Enfant décédé de bronchopneumonie. |
| 155 | 4.000 | F | 26 | II | HU = 36 cm. |
| 160 | 4.800 | M | 22 | I | Diabète. Régime et insuline. Forceps. Dystocie des épaules. Jacquemier impossible. Hémorragie. |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 161 | 4.260 | M | 23 | II | |
| 193 | 4.150 | M | 29 | III | Forceps au D. S. |
| 223 | 4.180 | F | 36 | V | HU = 36 cm. |
| 247 | 4.000 | F | 20 | I | Forceps. |
| 258 | 4.370 | M | 34 | VI | HU = 36 cm. Goitre. |
| 270 | 4.040 | F | 27 | II | HU = 41 cm. Echec forceps au D. S. Basiotripsie. Dystocie des épaules. Délivrance artificielle. |
| 308 | 4.200 | F | 31 | II | Forceps. Rétention placentaire et hémorragies secondaires. Curage digital. |
| 316 | 4.040 | M | 33 | II | |
| 322 | 4.200 | F | 24 | I | HU = 39 cm. Siège décomplété. Procidence du cordon. Dilatation artificielle. Grande extraction. Enfant athrésique décédé. |
| 329 | 4.150 | F | 22 | I | |
| 340 | 4.300 | M | 26 | IV | |
| 346 | 4.050 | F | 34 | V | HU = 36 cm. |
| 349 | 4.000 | M | 38 | VI | HU = 36 cm. |
| 351 | 4.030 | M | 32 | VIII | HU = 35 cm. |
| 358 | 4.080 | M | 32 | II | |
| 373 | 4.230 | M | 37 | IV | HU = 37 cm. |
| 374 | 4.000 | M | 24 | II | |
| 378 | 4.200 | M | 32 | III | |
| 399 | 4.100 | F | 35 | II | Obèse et albuminurique. HU = 52 cm. Rétention fœtale Forceps. |
| 407 | 4.150 | F | 26 | I | HU = 38 cm. Bassin rétréci. Forceps. |
| 413 | 4.100 | M | 41 | VIII | Obésité : poids de la mère = 109 kg. |
| 417 | 4.000 | M | 27 | I | Contracture utérine. Non engagement de la tête fœtale. HU = 37 cm. Césarienne. |
| 429 | 4.130 | M | 18 | II | |
| 441 | 4.000 | F | 23 | I | B.-W. +. HU = 37 cm. Forceps. Placenta = 1 kg. |
| 463 | 4.000 | F | 19 | I | |
| 464 | 4.140 | M | 22 | IV | |
| 480 | 4.300 | M | 21 | II | HU = 35 cm. |
| 512 | 4.080 | M | 42 | III | HU = 36 cm. Inertie utérine. Hypophyse. |
| 516 | 4.000 | F | 41 | IV | HU = 35 cm. |
| 521 | 4.100 | M | 40 | XIV | |
| 523 | 4.600 | F | 23 | III | |
| 527 | 4.300 | F | 23 | II | Placenta = 1.200 gr. |
| 532 | 4.100 | F | 34 | IV | Siège,décomplété. HU = 38 cm. |
| 536 | 4.000 | M | 22 | IV | |
| 546 | 4.370 | M | 44 | I | Adiposité. œdème des membres inférieurs et sus-pubien. Siège décomplété. Césarienne. |
| 588 | 4.200 | F | 24 | III | |
| 599 | 5.100 | M | 39 | VII | HU = 40 cm. |
| 601 | 4.400 | F | 35 | V | HU = 40 cm. |
| 603 | 4.000 | M | 19 | I | |
| 605 | 4.300 | M | 29 | IV | B.-W. + Traitée. |
| 612 | 4.220 | F | 28 | III | |
| 619 | 4.200 | M | 21 | III | |
| 622 | 4.050 | M | 19 | I | Forceps. |
| 697 | 4.400 | M | 31 | II | Siège décomplété. HU = 37 cm. Chute de la ligature du cordon. Décès. |
| 708 | 4.000 | F | 23 | II | HU = 36 cm. Mort *in utero*. |
| 712 | 4.200 | F | 25 | IV | Siège décomplété. B. W. +. Traitée. |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 722 | 4.030 | M | 23 | II | HU = 35 cm. Episiotomie. |
| 729 | 4.100 | M | 40 | X | HU = 35 cm. |
| 741 | 4.000 | M | 21 | II | |
| 744 | 4.320 | M | 39 | VI | HU = 35 cm. |
| 752 | 4.000 | M | 35 | VII | |
| 772 | 4.200 | M | 19 | I | Forceps chez une éclamptique. Décès de la mère et de l'enfant. |
| 795 | 4.180 | M | 25 | IV | |
| 801 | 4.040 | M | 22 | I | |
| 803 | 4.110 | M | 29 | III | |
| 817 | 4.120 | M | 19 | I | |
| 835 | 4.425 | F | 26 | III | |
| 838 | 4.030 | M | 36 | V | |
| 848 | 4.900 | M | 39 | XI | HU = 35 cm. |
| 890 | 4.430 | M | 27 | III | R. w. +. HU = 39 cm. Forceps. |
| 905 | 4.000 | M | 24 | I | HU = 35 cm. |
| 916 | 4.020 | F | 39 | VII | HU = 37 cm. |
| 946 | 4.450 | M | 22 | II | HU = 36 cm. |
| 960 | 4.290 | M | 23 | II | |
| 963 | 4.020 | M | 43 | IX | Syphilis probable traitée. |
| 964 | 4.180 | F | 43 | VIII | HU = 41 cm. Tête ossifiée, non engagée. Césarienne. |
| 984 | 4.210 | M | 30 | III | HU = 35 cm. Œdème des membres inférieurs. |
| 1011 | 4.400 | M | 25 | VI | |

## Année 1933

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 33 | 4.060 | M | 19 | III | HU = 36 cm. Epaule. Version par manœuvres externes. |
| 57 | 4.320 | F | 25 | IV | HU = 37 cm. |
| 70 | 4.000 | M | 27 | I | Lenteur du travail. Hypophyse. Forceps. |
| 78 | 4.850 | M | 37 | V | Syphilis. HU = 38 cm. Radiographie Bassin rétréci. Non engagement de la tête. Césarienne. |
| 112 | 4.680 | M | 26 | V | HU = 37 cm. Fibrome. |
| 131 | 4.450 | M | 38 | VI | HU = 40 cm. Glycosurie. |
| 138 | 4.220 | M | 26 | II | |
| 152 | 4.050 | M | 33 | IV | HU = 35 cm. |
| 189 | 4.320 | F | 28 | III | HU = 38 cm. Inertie utérine. Hypophyse. |
| 234 | 4.280 | M | 30 | III | |
| 246 | 4.070 | M | 26 | III | HU = 37 cm. |
| 265 | 4.160 | M | 26 | I | Ventre en obusier. HU = 36 cm. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 270 | 4.030 | M | 20 | I | HU = 38 cm. Episiotomie. |
| 272 | 4.140 | F | 31 | IV | HU = 38 cm. |
| 279 | 4.090 | M | 35 | III | HU = 40 cm. Forceps. |
| 296 | 4.100 | M | 19 | I | HU = 35 cm. Episiotomie. |
| 313 | 4.280 | M | 35 | V | Dilatation stationnaire. Tête engagée. Hypophyse. |
| 325 | 4.970 | M | 33 | IV | |
| 327 | 5.300 | M | 21 | III | Césarienne itérative. Stérilisation. Fi acromial = 14.5. |
| 333 | 4.000 | M | 25 | V | |
| 334 | 4.350 | M | 26 | I | HU = 37 cm |

| Numéros | Enfant | | Mère | | Particularités |
|---|---|---|---|---|---|
| | Poids | Sexe | Age | Parité | |
| 344 | 4.295 | F | 31 | VI | HU = 35 cm. Épaule. Version par manœuvres externes. |
| 372 | 4.310 | M | 32 | VIII | HU = 38 cm. Forceps. Placenta = 1.150 gr. |
| 386 | 4.150 | M | 39 | VIII | HU = 42 cm. |
| 392 | 4.030 | M | 23 | IV | Hypophyse. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 413 | 4.940 | F | 35 | II | HU = 39 cm. Radiographie. Hypophyse, Forceps. |
| 416 | 4.250 | F | 28 | IV | |
| 419 | 4.520 | M | 24 | II | |
| 456 | 4.040 | M | 19 | I | |
| 463 | 4.315 | M | 19 | III | |
| 467 | 4.600 | M | 18 | II | Hémorragie de la délivrance. |
| 492 | 4.300 | M | 35 | XIV | HU = 40 cm. Inertie utérine. Hypophyse. |
| 497 | 4.290 | M | 28 | II | HU = 37 cm. Promontoire accessible. Forceps au D. S. Echec. Césarienne. Paralysie faciale durable de l'enfant. |
| 506 | 4.520 | F | 33 | II | |
| 570 | 4.280 | M | 42 | IX | HU = 37 cm. Hypophyse. Forceps au D. S. |
| 582 | 4.270 | M | 32 | X | |
| 604 | 4.060 | M | 30 | II | HU = 38 cm. |
| 653 | 4.430 | M | 32 | 17 | HU = 37 cm. Siège. Grande extraction. |
| 659 | 4.600 | F | 20 | I | HU = 38 cm. |
| 660 | 4.250 | M | 39 | X | HU = 38 cm. Tête ossifiée, très élevée et débordant. Infection amniotique. Césarienne. Hystérectomie subtotale. |
| 661 | 4.460 | M | 40 | X | |
| 668 | 4.000 | M | 22 | I | |
| 698 | 4.070 | M | 30 | II | HU = 43 cm. Rupture artificielle des membranes pour hydramnios. Dilatation = 44 heures. Forceps. Dystocie des épaules : biacromial = 19 cm. Mort-né. |
| 718 | 4.120 | M | 23 | II | HU = 36 cm. Syphilis traitée. |
| 726 | 4.140 | M | 28 | IV | HU = 40 cm. |
| 732 | 4.330 | M | 23 | II | Forceps. |
| 736 | 4.300 | M | 33 | III | HU = 38 cm. Bassin rétréci. Césarienne. |
| 740 | 5.030 | M | 42 | VIII | Obèse. HU = 42 cm. Césarienne. |
| 743 | 4.200 | M | 24 | IV | |
| 763 | 4.000 | F | 23 | II | |
| 783 | 4.370 | M | 20 | II | Forceps pour éclampsie. Hémorragie méningée. |
| 798 | 4.220 | M | 39 | II | HU = 37 cm. Forceps. |
| 805 | 4.440 | M | 28 | I | HU = 35 cm. |
| 811 | 4.045 | M | 32 | VI | |
| 822 | 4.450 | M | 19 | II | Albuminurie du post-partum. |
| 827 | 4.155 | F | 27 | II | |
| 839 | 4.350 | M | 43 | IV | HU = 35 cm. Siège. Version par manœuvres externes. Quinine. Hypophyse. Forceps. Dystocie des épaules. |
| 851 | 4.160 | M | 22 | II | B.-W. + Traitée. HU = 38 cm. Bassin rétréci. Césarienne itérative. |
| 852 | 1.020 | F | 26 | I | Bassin rétréci. Arc. spontané. Phlébite. |
| 871 | 4.040 | M | 33 | IV | HU = 38 cm. |
| 876 | 4.100 | M | 28 | V | |
| 887 | 4.100 | F | 19 | I | Bassin rétréci. Tête débordant. Césarienne basse. Mort-né. |
| 908 | 4.300 | M | 26 | II | |
| 932 | 4.100 | F | 22 | II | HU = 35 cm. |
| 945 | 4.140 | F | 29 | IV | HU = 35 cm. Parésie du membre supérieur droit de l'enfant. |

## CONCLUSIONS

I. Sur 100 accouchements, on trouve 7 gros enfants.

II. L'étiologie relève surtout des facteurs taille des parents, alimentation maternelle, repos durant la gestation, syphilis ancienne, diabète et obésité.

III. Le diagnostic positif résultera, en présence d'un utérus anormalement développé pour l'âge de la grossesse, de l'élimination successive de l'épaisseur de la paroi, du fibrome, de l'hydramnios, de la grossesse gemellaire, de l'hydrocéphalie.

IV. Outre le poids qui est le caractère spécifique du gros enfant il présente parfois les particularités anatomiques suivantes : ossification du crâne ; diamètre bi-acromial exagéré.

V. Il se dégage de l'accouchement des gros enfants, les notions suivantes :

— On n'est pas en droit de provoquer, dans tous les cas, l'accouchement prématuré.

— L'impossibilité de l'engagement d'une tête ossifiée, crée une dystocie d'origine fœtale.

— La difficulté d'un forceps dans l'excavation provient des difficultés d'engagement des épaules au détroit supérieur.

— La dystocie des épaules n'est pas constante.

— La présentation du siège, loin d'être avantageuse, ne doit pas faire rechercher la pratique des versions par manœuvres internes.

— Les présentations dystociques doivent être évitées.

— Dystocie double, d'origine fœtale et pelvienne, en cas de bassin retréci.

Lors de la délivrance, la femme, qui vient d'accoucher d'un gros enfant, est plus sujette qu'une autre, à faire une hémorragie par inertie utérine.

VI. Pronostic maternel relativement favorable, pronostic fœtal immédiat assez sombre ; l'un et l'autre, mais surtout le second, pourront être améliorés par la conduite qui sera tenue lors de l'accouchement.

VII. La conduite à tenir peut se résumer ainsi :

— Surveillance étroite de la présentation pendant la grossesse et selon les indications, traitement médical.

— Surveillance de la dilatation et mise en œuvre, si besoin est, des pratiques habituelles.

— Surveillance de l'engagement : si la tête s'engage, aider l'expulsion, en cas de nécessité, par l'hypophyse et le forceps, ne pas oublier la dystocie des épaules.

— Si la tête ne s'engage pas et si l'enfant est vivant : laisser de côté les manœuvres obstétricales dangereuses, et pour la mère et pour l'enfant, et pratiquer la césarienne suprasymphysaire.

Vu :
*Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
*Le Président,*
ANDÈRODIAS

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 29 novembre 1934.
*Le Recteur de l'Académie,*

# BIBLIOGRAPHIE


ADDESSI. — « Fetal macrosomia, case », *Rassegua d'ostet. e. ginec.* 40 : 28 février 1931.

ALPHAND. — *Contribution à l'étude du pronostic dans l'accouchement des gros enfants.* Thèse Paris 1910-1911.

BAILLY. — « Dystocie par excès de volume du fœtus chez une femme régulièrement conformée », *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1883 p. 1132.

— « Deux cas de dystocie par excès de volume du thorax et des épaules », *Gazette des hôpitaux de Paris,* 1868, p. 530.

BALARD P. — « La dystocie par gros enfants », *Gazette des Sc. méd. de Bordeaux,* 1928, p. 165.

BOBO. — *Considérations sur les gros fœtus.* Thèse Montpellier, 1909-1910.

BRINDEAU. — « Dystocie par gros fœtus », *Presse médicale,* 1927, p. 1547.

BUÉ. — « Grossesse et accouchement dans le cas de fœtus volumineux », *Presse médicale,* 3 sept. 1898.

CARAVIAS D.-E. — « Fetos grandes a repeticion », *Sem. Medica,* 1926, XXXIII.

COLOMBINO. — « Macrosomia as cause of difficult labor and as fetal mortality », *Arte ostet.* 45, 31 janvier 1931.

DELEPINE. — « Dystocie par excès de volume physiologique du fœtus. Embryotomie », *Journal des Sc. méd. de Lille,* 1905, Tome I, p. 84.

DELLE-CHIAJE. — « Syphilis héréditaire et macrosomie », *Bruxelles médical,* 1928-29, p. 143.

DELMAS P. et J. — « Considérations sur les gros fœtus », *Obst. et gynec.,* 1910, p. 289.

DEMELIN et FOUQUIAU. — « Dystocie par excès de volume du fœtus et diabète », *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris,* 21 avril 1910.

DESBRUÈRES. — *Etude statistique sur les gros enfants.* Thèse Paris 1924.

DESMONTILS. — *Des cas de dystocie dûs à l'excès de volume absolu ou relatif des épaules du fœtus.* Thèse Bordeaux, 1886-87.

DUBOIS. — *Les gros enfants au point de vue obstetrical.* Thèse Paris, 1896-97.

Dudon. — *Dystocie par excès de volume du fœtus.* Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 1876, p. 278.

— « Encyclopédie médico-chirurgicale. Paralysie radiculaire du plexus brachial. Pédiatrie ». Livre VII. *Les maladies du nouveau-né,* 4016, p. 9.

Fabre. — *Nouveau précis d'obstétrique.*

Favreau. — « Les conceptions actuelles des rapports de la syphilis et de la gestation », *Journal de médecine de Bordeaux,* 1921, p. 551.

Fruhinskolz. — « La signification du gros enfant », *Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris,* 1920.

Grenier. — *Quelques documents concernant la durée de la gestation et le poids de l'enfant à terme.* Thèse Bordeaux, 1912-13.

Gueniot et Pierra. — « Des hémorragies consécutives à l'expulsion de fœtus volumineux », *An. Soc. obst. de France,* 1904.

Guerin-Valmade. — « Les mensurations de l'utérus dans l'évaluation de la grossesse et la fixation de la date probable de l'accouchement », *Le sud médical,* janv. 1923.

Iraeta D. et J.-R. Obiglio. — « Fetal macrosomia ; cas with study of pathogenic factors », *Semena medica,* I, 2 juin 1932.

Koutzenoc (Mme). — *Contribution à la dystocie par excès de volume du fœtus.* Thèse Nancy, 1910-11.

Ph. Lasseur et H. Vermelin. — « Le sero-diagnostic dans la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée », *Gyn. et obst.,* 1923, p. 130.

Lévy. — *Documents pour servir d'histoire des rapports existant entre le poids du fœtus et celui du placenta.* Thèse Paris 1899-1900.

Lévy-Solal. — « Etude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire, *Gyn. et Obst.,* 1921, Tome II, p. 94.

Magalkaes. — « Opération cesarienne. Indications et technique », *Gyn. et obst.,* 1922.

Mancini. — « Fetal macrosomia », *Rev. d'ostet. e. ginec. prat.* 15. Octobre 1933

De Manet. — « De l'excès de volume général du fœtus », *L'hôpital,* Paris 1925, p. 432.

Martin. — *Contribution à l'étude des très gros fœtus.* Thèse Toulouse, 1913-14.

Merger. — « La césarienne tardive. Contribution à sa technique opératoire, *Gynec. et obst.,* 1933, p. 575.

Moisnard. — *De l'excès de volume du fœtus et de l'avenir du gros enfant.* Thèse Paris, 1902-03.

P. Nobecourt et H. Bonnet. — « Réactions de B. W. et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation », *Presse médicale,* 20 octobre 1920, p. 745.

Palliez. — « Déductions à tirer de trois cas de dystocie par excès de volume du fœtus », *Echo médical du Nord,* 22 août 1931, p. 403.

Panaiotoff. — *Contribution à l'étude de la grossesse et de l'accouchement en cas de gros œuf.* Thèse Montpellier, 1906-7.

Pery. — « Accouchement provoqué pour excès de volume du fœtus, *Bull. de Soc. obst. et gyn. de Paris,* 1924, p. 112.

Pflieger. — *Grossesse et accouchement dans le cas de fœtus volumineux.* Thèse Paris, 1906-7.

Pinard. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Article : fœtus.

Poux et Rascol. — « Dystocie par excès de volume du fœtus ; difficulté du diagnostic de la vitalité du fœtus, *Bul. Soc. obst. et gyn. de Paris,* 1934, p. 565.

Portes. — « Césarienne basse suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus », *Gyn. et obst.,* 1924, p. 225.

Ramirez. — « Relation of endocrine secretions to obstetric conditions », *Medicina,* Mexico, 13. 10 juin 1933.

Saint-Martin. — *Contribution à l'étude de la dystocie par excès de volume de la poitrine et des épaules du fœtus.* Thèse Paris, 1900-1901.

Schickelé. — « Réflexions sur le début et la durée de la gestation », *Gyn. et obst.,* 1922, p. 590.

Slanka. — *Sur le poids du nouveau-né et la prématurité des naissances pendant la guerre.* Thèse Lyon, 1919-20.

Vilpelle. — *De la conduite à tenir dans les cas de dystocie due aux épaules.* Thèse Paris, 1890-91.

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.